

D^r Georges HIGOUMENAKIS

De la Faculté de Médecine de Paris
Lauréat de la Faculté de Médecine d'Athènes
Ancien Interne à l'Hôpital « Andreas Syggros »

LA
SYPHILIS HÉRÉDITAIRE
DE SECONDE GÉNÉRATION
ET SON TRAITEMENT



PRÉFACE PAR G. MILIAN

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1925



ІАТРИКН

NO

1673

Δὲν εἶναι ἀναγκαῖον γινώ-
σκειν τὴν ἀνάγκην τῆς περὶ-
σοφίας, ἐπὶ ἐνδεῶς ἐκείνῃ-
σιν οὐκ ἀγνοῦν.

Τοῦ (Μαδ)

Π. Γ. Γεωργίου

α/α. 1673

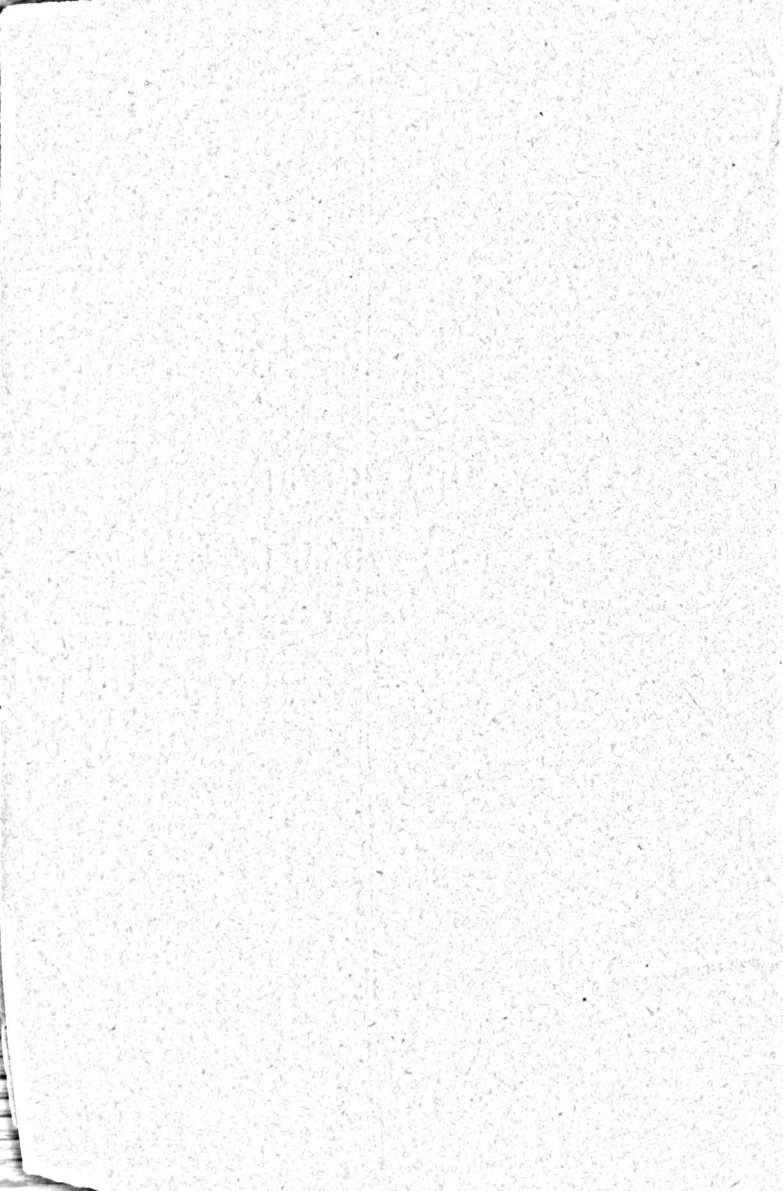
RO

La Syphilis héréditaire

DE SECONDE GÉNÉRATION

et son Traitement





Docteur Georges HIGOUMENAKIS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ATHÈNES
ANCIEN INTERNE A L'HOPITAL « ANDREAS SYGGROS »



La Syphilis héréditaire

DE SECONDE GÉNÉRATION

et son Traitement

PRÉFACE

PAR

G. MILIAN



A. MALOINE & FILS, Éditeurs

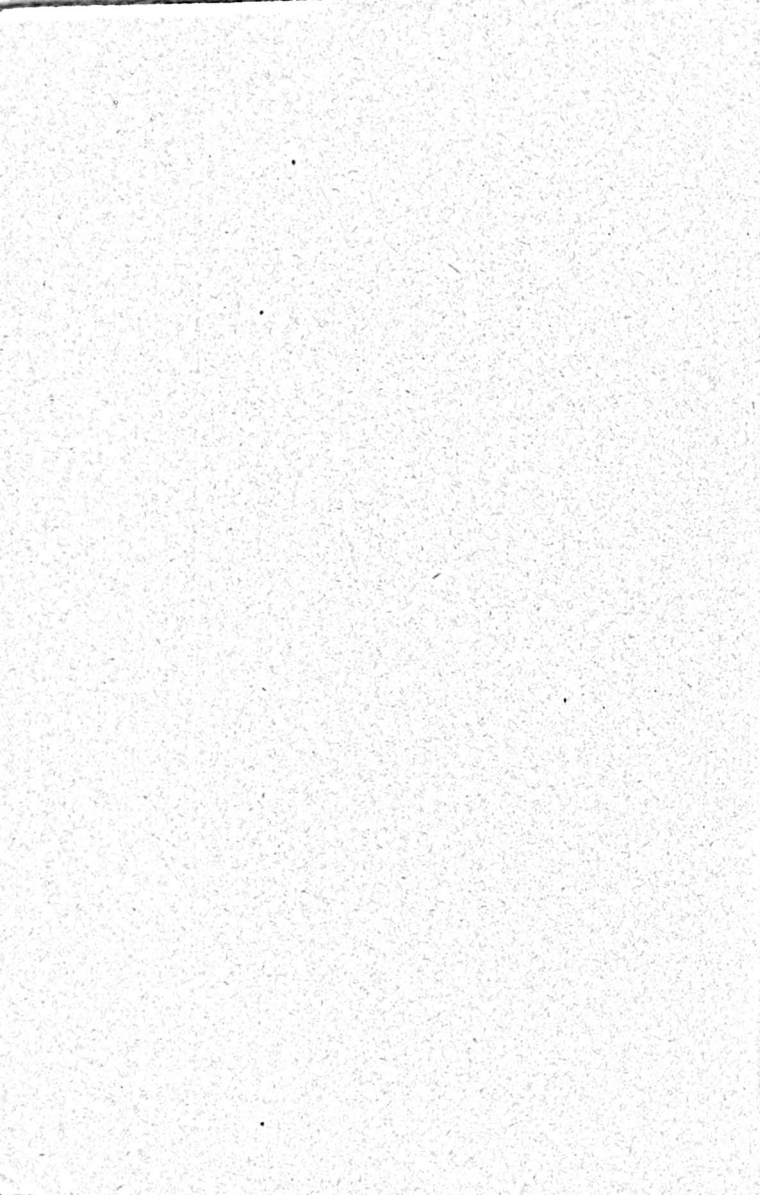
27 - Rue de l'École-de-Médecine - 27

PARIS 1923

Swp. T. Helgoland
2658/1968

A MON SAVANT MAÎTRE

G. MILIAN





PRÉFACE

L'hérédo-syphilis de première génération, c'est-à-dire l'hérédo-syphilis tout court n'est pas encore bien connue de la majorité des médecins, malgré les beaux travaux de Parrot, de Fournier, et du fils de celui-ci. Beaucoup de stigmates, beaucoup de maladies viscérales restent encore contestées dans leur cause par la plupart, malgré les arguments cliniques et thérapeutiques les plus évidents. Je n'en saurais donner de meilleur exemple que pour la chorée, maladie fréquente, très fréquente, dont tout le monde aujourd'hui reconnaît le rapport de cause à effet avec l'encéphalite léthargique épidémique, maladie très rare, et à qui peu de médecins donnent pour cause la syphilis héréditaire ou acquise, maladie fréquente. Et pourtant que de preuves en faveur de l'origine syphilitique de la chorée, dans laquelle contrairement à l'opinion classique l'étiologie rhumatismale est rare, alors que la source tréponémique y apparaît à chaque pas.

Qu'est-ce alors pour l'hérédo-syphilis de la seconde génération ? Elle est inconnue ou niée de la plupart des médecins, mêmes spécialistes. Il faut pourtant que les maladies dont nous mourons

(cirrhoses, néphrites, paralysies, etc.). viennent de quelque part quand aucune infection n'est venue contrarier le cours de notre vie ! On invoque alors l'hérédité, sans plus s'expliquer ce que veut dire l'hérédité protoplasmique, l'hérédité cellulaire, oubliant complètement les hérédités microbiennes, d'où relève tout notre avenir pathologique !

C'est à ce passionnant problème que M. le Dr Hingoumenakis, au cours de ses années d'études à Paris, dans mon service particulièrement, s'est adressé. Il a pu apporter des documents personnels intéressants en même temps qu'il a fait une revue importante et judicieuse des travaux antérieurs.

Il faut le louer d'avoir abordé impartialement et avec un esprit très scientifique l'étude de cette question si importante au point de vue pathologique comme au point de vue social.

MILIAN

Paris, le 11 oct. 1923.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

DE SECONDE GÉNÉRATION

ET SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

La syphilis héréditaire de deuxième génération, tout en n'étant pas un sujet nouveau, n'est pas encore bien connue.

A la séance du 10 mars 1921, de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, deux communications, l'une de MM. Milian et Salles, l'autre de M. le professeur Jeanselme, ont attiré de nouveau l'attention du monde médical sur l'hérédo-syphilis de seconde génération. Au cours de la discussion qui suivit, plusieurs membres de la Société ont objecté que les observations publiées jusqu'à ce jour n'étaient pas probantes, parce qu'aucune d'elles n'avait démontré l'absence chez les géniteurs d'une syphilis acquise pour leur propre compte, antérieurement à la naissance des hérédo-syphilitiques étudiés.

Encouragé par notre excellent maître M. Milian, nous avons repris l'étude de la syphilis héréditaire de seconde génération, qui, malgré son intérêt

scientifique et social, semble être un peu négligée de la part des médecins, depuis l'important mémoire d'Edmond Fournier en 1904.

*Existe-t-il une syphilis héréditaire
de seconde génération ?*

Peut-on affirmer, aujourd'hui, que les hérédosyphilitiques peuvent donner naissance à des enfants entachés aussi de syphilis, sans avoir contracté eux-mêmes, pour leur propre compte, une syphilis acquise antérieurement à la naissance de leurs enfants ?

Autrement dit, existe-t-il en réalité une syphilis héréditaire de seconde génération ?

Nous croyons pouvoir répondre affirmativement, en nous basant sur les nombreux documents qui ont été publiés jusqu'ici sur le sujet et sur quelques observations personnelles que nous rapporterons en détail.

Mais voyons d'abord l'opinion des anciens auteurs sur le sujet.

Paracelse, en 1526, c'est-à-dire trente ans après l'apparition de la syphilis en Europe, enseignait à ses élèves que la transmission héréditaire de la maladie était possible.

Van Helmont, au xvii^e siècle, croyait déjà que la syphilis héréditaire pouvait se transmettre à plusieurs générations successives jusqu'à la troisième génération inclusivement. A la fin du xviii^e siècle, au

moment où Hunter allait nier l'hérédité syphilitique, Raulin et Sachez soutinrent la transmission héréditaire de la syphilis à travers plusieurs générations.

En 1891, le professeur Fournier, dans son livre sur l'hérédité syphilitique, affirmait l'existence réelle de la syphilis héréditaire de seconde génération, tout en ajoutant qu'elle était rare et pas encore bien démontrée. En 1897, Barthélémy rapportait au XII^e Congrès international de Moscou des faits qui, s'ils n'étaient pas absolument démonstratifs, étaient au moins en faveur de l'opinion du professeur Fournier. Dans son rapport, Barthélémy répartissait d'abord les descendants des syphilitiques en trois classes :

1^o Ceux qui sont nés à peine touchés par la maladie, soit parce que le virus syphilitique était très atténué, soit parce que le terrain était peu favorable à son développement et s'est montré très résistant ;

2^o Ceux qui sont excessivement touchés et meurent avant de venir à terme, ou sont nés à terme, mais à cause de leur débilité et d'impuissance du développement succombent sans pouvoir lutter un instant ;

3^o Enfin ceux qui ne sont pas suffisamment atteints pour mourir, mais qui ont été touchés partiellement et seulement sur certains points non essentiels à la vie. Ces derniers survivent, portant, dans l'immense majorité des cas, une tare, le cachet dystrophique de leur fâcheuse hérédité. Le D^r Barthélémy ajoute ensuite : « Eh bien, ces trois classes distinctives

entre lesquelles on peut répartir tous les syphilitiques directs ou de la première génération, existent également pour les hérédosyphilitiques de seconde génération, c'est-à-dire pour les descendants des hérédosyphilitiques, c'est-à-dire pour les petits enfants de celui qui a été atteint par la syphilis acquise. » Le professeur Tarnowsky, un des contradicteurs des plus acharnés de la syphilis de deuxième génération, dans son rapport au même Congrès à Moscou, soutenait que la syphilis de la première génération ne se transmet pas à la troisième génération sous forme des manifestations connues, propres à la syphilis héréditaire. D'après lui, le père ou la mère qui présentent des symptômes syphilitiques héréditaires, soit au moment de la conception, soit pendant la grossesse, ne transmettent pas à leurs enfants la syphilis sous forme héréditaire.

Le Dr Jullien de Paris, dans son rapport au XIII^e Congrès international de Paris, soutient que la transmission de la syphilis par hérédité seconde ne peut être que le fait de circonstance assez rares. Pour lui, dans l'immense majorité des cas, les syphilitiques, traités ou non, se marient après un certain laps de temps, pendant lequel la maladie a subi une sorte de déchéance et a cessé d'être transmissible en nature.

Le professeur Tarnowsky en 1900 dans son rapport au XIII^e Congrès international de Paris, dit que les dystrophies observées à la troisième génération ne présentent ni par elles-mêmes, ni par leur grou-

pement, aucune particularité distinctive indiquant leur provenance syphilitique héréditaire.

Le professeur Finger de Vienne, dans son rapport au même Congrès (XIII^e Congrès intern. de Paris) admet que théoriquement la syphilis virulente de seconde génération est possible, mais il remarque que, jusqu'à cette époque, ce n'était pas absolument démontré. Pour que la syphilis héréditaire de seconde génération soit incontestable, dit le professeur Finger, ses symptômes doivent apparaître à la naissance ou peu après. Pour lui, les cas de syphilis héréditaire tardive ne sont pas probants ; en ce qui concerne les dystrophies héréditaires chez les descendants, Finger dit, dans son Rapport, qu'elles deviennent plus rares et plus bénignes de génération en génération.

MM. Barthélémy et Edmond Fournier opposaient des cas nouveaux de syphilis héréditaire de seconde génération aux dénégations du D^r Ogilvie et du professeur Tarnowsky concernant l'existence de celle-ci.

« Lorsque, disait Tarnowsky, un hérédo-syphilitique de seconde génération présente des symptômes virulents de syphilis, c'est qu'il est issu d'un géniteur hérédo-syphilitique qui a subi une réinfection (avant la naissance de cet hérédo-syphilitique de seconde génération) et qui présente en conséquence une syphilis *binnaire*. C'est uniquement dans ces conditions si spéciales que les syphilitiques héréditaires de seconde génération peuvent

présenter des manifestations de syphilis en nature. »

Pour Tarnowsky, un hérédo-syphilitique transmet souvent à ses descendants des manifestations dystrophiques mais jamais de manifestations en nature, à moins qu'il n'ait à nouveau contracté pour son propre compte une syphilis acquise.

Le professeur Gaucher et M. Jacquet étaient tous les deux partisans de la syphilis héréditaire de seconde génération, et avaient rapporté à plusieurs reprises des observations cliniques et d'autres arguments en faveur de cette doctrine.

Le professeur Jeanselme, MM. Pinard, Leredde et Marfan sont aussi affirmatifs sur cette question.

Notre maître, le Dr Milian, est le défenseur le plus ardent de l'existence de la syphilis héréditaire de seconde génération. Pour lui, elle est indéniable et il base son affirmation sur plusieurs cas qu'il a observés lui-même.

Le professeur Hoeslinger de Vienne croit qu'il existe une syphilis héréditaire de seconde génération qui dans l'immense majorité des cas se manifeste sous la forme dystrophique, mais qui, quelquefois, peut se présenter en nature. Le professeur Ehrmann, de Vienne, ne croit à la possibilité de la transmission de la syphilis héréditaire de seconde génération que par l'intermédiaire de la mère. C'est-à-dire qu'une femme ayant eu des parents syphilitiques peut engendrer des enfants syphilitiques, sans avoir contracté antérieurement pour son propre compte une syphilis acquise, mais un père hérédo-

syphilitique indéniable n'engendre pas des enfants hérédo-syphilitiques (de seconde génération), sans avoir contracté antérieurement pour son propre compte une syphilis acquise.

Nous devons reconnaître qu'il est extrêmement difficile de recueillir des observations complètes et probantes sur le sujet qui nous occupe, et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, quelles sont les manifestations et les conditions cliniques qui permettront d'affirmer l'existence de la syphilis héréditaire de deuxième génération chez un sujet ?

Dans son rapport à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie le 7 juillet 1904, Edmond Fournier estimait que, pour être démonstrative, une observation devait satisfaire aux six conditions suivantes :

A) *Pour le petit-fils :*

1^o Que ce petit-fils soit affecté d'une lésion indiscutablement syphilitique ou d'une dystrophie pouvant légitimement être rapportée à la tare syphilitique ;

2^o Que ce petit-fils ne soit pas suspect d'une syphilis acquise pour son compte.

B) *Pour les géniteurs :*

3^o Qu'un des géniteurs soit indiscutablement affecté d'hérédo-syphilis ;

4^o Que ce géniteur ne soit pas suspect de syphilis acquise ;

5° Que l'autre géniteur ne soit pas suspect de syphilis acquise.

C) *Pour les grands-parents :*

6° Que l'un des deux ait été incontestablement affecté de syphilis acquise.

Postérieurement au travail d'Edmond Fournier en 1904, on a publié très peu d'observations d'hérédosyphilis de seconde génération. Voici en résumé, celles que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. Plusieurs de ces observations ne sont pas probantes et démonstratives, comme nous essaierons de le démontrer par la suite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Boisseau et Prat (*syphilis héréditaire dystrophique osseuse et oculaire de seconde génération ; R. W. positive*)
(*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1911, p. 331.)

I. — PETIT-FILS

1° Quatre petits-enfants dont 3 sont nettement hérédo-syphilitiques une fille microcéphale morte à 45 jours.

G..., Un garçon, 12 ans, présente de l'atrophie optique et de la pigmentation du fond de l'œil. Examen de sang R. W. positive.

R..., un garçon de 15 ans présente des lésions osseuses d'origine syphilis héréditaire. Examen de sang R. W. positive.

R..., un autre garçon de 9 ans est bien portant et présente dans le sang une R. W. négative.

II. — GÉNITEURS

2° Le père hérédo-syphilitique sans aucun signe suspect de syphilis acquise et avec une réaction de Wassermann dans le sang, négative.

3° La mère ne présente aucun stigmate hérédo-syphilitique, ni aucun signe suspect de syphilis acquise. La réaction

tion de Wassermann pratiquée chez elle a donné un résultat négatif dans le sang.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Le grand-père paternel probablement syphilitique.

5° La grand'mère paternelle a eu six enfants et une fausse couche. Des six enfants nés vivants, une sœur microcéphale est morte à 18 mois et un frère mort à l'âge de 35 ans de tuberculose, après avoir contracté la syphilis.

IV. — GRANDS-PARENTS MATERNELS

6° Grand-père maternel était toujours bien portant.

7° Grand'mère maternelle est tabétique. On constate chez elle une atrophie papillaire double, et une ectasie aortique.

Les deux auteurs insistent sur la gravité des accidents hérédo-syphilitiques constatés chez leurs petits malades, alors que les manifestations hérédo-syphilitiques chez le père étaient restées bénignes, et sur le fait que le virus syphilitique sommeillait pendant une génération pour se réveiller et frapper gravement la génération suivante.

OBSERVATION II

Bergerath, *syphilis héréditaire de seconde génération*
(D'après le compte rendu des *Annales de Dermatologie*
de 1912, p. 125.)

I. — PETIT-FILS

1° Enfant de 3 mois, présente des signes certains de syphilis héréditaire qui guérissent à la suite d'un traite-

ment mercuriel. L'enfant succombe plus tard à l'entérite.

II. — GÉNITEURS

2° Le père est bien portant et nie avoir contracté la syphilis. Il ne présente aucun stigmate hérédo-syphilitique.

3° La mère âgée de 29 ans a eu une enfance chétive, actuellement, elle souffre de la tête et d'insomnie. A eu 2 enfants morts d'entérite et deux autres morts-nés. Rien ne permet de supposer une contamination extra conjugale.

L'examen sur la lange présente une ulcération qui guérit par le traitement antisypilitique.

Examen du sang. — R. W. positive.

La mère a un frère qui est sain.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Le grand-père et la grand'mère maternels étaient syphilitiques.

L'auteur, en se basant sur la double infection des grands-parents paternels, croit pouvoir conclure pour le petit-fils à une syphilis hérédo de deuxième génération.

Remarque. — Pour nous, cette observation n'est pas probante. D'une part, parce que la R. W. n'a pas été pratiquée chez le père pour démontrer l'absence d'une syphilis acquise chez lui, et d'autre part parce que la mère ne présentait aucun signe de syphilis héréditaire ainsi que son frère qui était sain, mais avait pour centre des signes suspects de syphilis acquise (ulcération de la langue, insomnie, R. W. positive).

OBSERVATION III

Sonnenberg (*Dermatologie Centralblatt*, 1912, n° 9, p. 259)

I. — PETIT-FILS

1° Un enfant de 11 ans présente une périostite du tibia, et des malformations dentaires avec une R. W. du sang positive. La périostite est améliorée par le traitement mercuriel. Deux autres enfants après lui, sains en apparence, ont une R. W. positive.

II. — GÉNITEURS

2° Père bien portant, sans signe de syphilis acquise ou héréditaire et avec une R. W. négative.

3° Mère à l'âge de 14 ans, a eu une périostite du maxillaire inférieur guérie par l'iode. Mariée à l'âge de 20 ans avec un homme sain, a eu plusieurs fausses couches et ensuite a donné naissance à des enfants sains en apparence.

Remarque. — L'observation n'est pas probante et démonstrative, car rien ne prouve l'absence d'une syphilis binaire chez la mère.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Le grand-père maternel a eu une gourme au palais.

5° La grand'mère maternelle est paralytique générale.

L'auteur conclut que (selon toute vraisemblance) il s'agit d'une syphilis héréditaire de seconde génération.

OBSERVATION IV

S. de Aja Actas dermo-sifiliograficas
(analyse dans les *Annales de Dermatologie* de 1914, p. 106.)

I. — PETITS-FILS

1° Enfant âgé de 6 mois, est le type complet de dégénéré

avec des stigmates évidents d'hérédo-syphilis et une R. W. positive.

II. — GÉNITEURS

L'un des deux géniteurs est hérédo-syphilitique, l'autre sain. Ont eu 7 enfants dont 6 sont morts en bas âge.

III. — GRANDS-PARENTS

Les parents du géniteur hérédo-syphilitique ont eu 14 enfants, dont 11 sont morts en bas âge.

L'auteur remarque que sur 22 enfants hérédo-syphilitiques de première et deuxième génération, 14 sont morts.

Remarque. — Cette observation n'est pas démonstrative, car rien ne prouve l'absence d'une syphilis acquise chez les deux géniteurs.

OBSERVATION V

Syphilis virulente héréditaire de deuxième génération

Jacquet a publié dans les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, en juillet 1909, le cas suivant de syphilis virulente héréditaire de deuxième génération.

1° Le petit-fils X..., âgé de 1 mois 1/2, né à terme, pesant 3 kgr. 150 présente depuis quelques jours un coryza sanguinolent, sanieux, type de coryza hérédo-syphilitique et une éruption faciale syphilitique des plus nettes. Jacquet a mis l'enfant au traitement mercuriel. A la suite du traitement les lésions syphilitiques sont améliorées, mais à l'âge

de 4 mois $1/2$, l'enfant est mort de cachexie pesant 4 kgr. 700.

II. — GÉNITEURS

La mère, Mme X..., étant indemne de syphilis acquise, a eu une fausse couche préalable. Femme de petite taille, pâle, chétive. A 7 ans, a eu des otorrhées qui ont laissé un peu d'hypoacousie. Etant petite, avait des végétations adénoïdes.

Examen. — Voûte palatine ogivale avec crête de Chassignac. Yeux : signe d'Argyll Robertson à droite ; sur la lèvre supérieure, cicatrices radiées labiales très nettes. La P. L. a montré une lymphocytose abondante chez Mme X...

Le père est indemne de syphilis acquise mais présente des stigmates hérédo-syphilitiques.

Remarque. — M. Jacquet ne parle pas des grands-parents, qui étaient probablement syphilitiques.

III. — GRANDS-PARENTS

Probablement syphilitiques.

OBSERVATION VI

Annales des maladies vénériennes, février 1908 (Gaucher.)

I. — PETITS-FILS

Enfant âgé de 13 ans, a présenté à la jambe droite une douleur avec claudication en 1904. Au mois de mai, en septembre 1904. Kératite interstitielle et chorioretinite. En octobre 1905, l'audition devient brusquement très mauvaise.

Surdité centrale bilatérale. En novembre 1905, le Dr Glever constate chez l'enfant une rhinite hypertrophique très développée, surtout à gauche. Les lésions des yeux sont atténuées par le traitement mercuriel, mais non guéries.

II. — GÉNITEURS

Père âgé de 36 ans, a un fils de 7 ans. Sa femme a eu une fausse couche avant la naissance du petit malade de Gaucher.

Examen. — Langue fissurée et leucoplasique (M. B... fume beaucoup) pas de signes de syphilis acquise. Par contre, présente des signes très nets de l'hérédo-syphilis : voûte palatine ogivale, prognatisme, dents petites et altérées.

Remarque. — L'observation du professeur Gaucher nous semble peu probante d'une part, parce que la R. W. n'a pas été faite chez les deux géniteurs pour démontrer l'absence de syphilis acquise chez eux ; d'autre part, parce que le premier fils du malade était bien portant. Cela prouve que quelque  v nement est intervenu (syphilis acquise d'un des deux géniteurs) après la première gestation pour qu'il y ait eu d'abord un enfant sain et ensuite une fausse couche et un enfant hérédo-syphilitique. En outre, le professeur Gaucher n'a pas démontré l'existence d'une syphilis certaine chez l'un des deux grands-parents.

OBSERVATION VII

Milian et Salle (*Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1921).

I. — PETIT-FILS

1° L'enfant V..., âgé de 7 ans, est amené à l'hôpital pour des accidents de rhinite chronique et une déformation du nez qui a commencé à se montrer en octobre 1920.

Antécédents personnels. — Né à terme, a marché à l'âge de 2 ans, et a parlé à 4 ans.

Examen. — Front : Bosses frontales saillantes surtout à droite.

Nez : En selle.

Yeux : bridés, présentant de la kératite interstitielle.

Oreilles : les lobules des oreilles sont soudées.

Dents : petites irrégulièrement implantées, tubercule de Carabelli.

Lèvres : cicatrices linéaires des commissures labiales.

Voûte palatine ovigine. Absence de la luette, qui est amputée à sa base.

L'examen du sang le 17 février 1921 a donné une R. W. positive.

II. — GÉNITEURS

2° La mère a marché à l'âge de 2 ans et a été réglée à 18 ans, mariée à 23 ans n'a pas eu de fausses couches.

Examen. — Front : Bombement des bosses frontales.

Nez : En pied de marmite.

Yeux : bridés.

Lèvres : cicatrices linéaires de la commissure labiale droite.

Voûte palatine : Perforée.

Oreilles : lobules des oreilles soudées.

Pas de syphilis acquise, R. W. +++ (positive).

3° Père mort pendant la guerre, était sain.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Le grand-père maternel présente depuis longtemps des troubles graves de la marche.

5° La grand-mère maternelle a eu deux fils, morts l'un à l'âge de 12 ans subitement et l'autre à 20 ans après avoir été malade pendant treize ans.

Remarque. — L'observation ne nous semble pas être démonstrative, car ses auteurs ne peuvent pas démontrer que le père, qui était déjà mort au moment où on a examiné le malade, n'avait pas contracté pour son propre compte une syphilis acquise. La seule absence de signes de syphilis acquise chez la mère ne prouve pas qu'elle n'avait pas contracté une syphilis *binaire* par conception, qui, comme nous les avons, évolue tout à fait particulièrement, laissant les malades saines en apparence. Dans ces cas, seule la R. W. peut déceler la contamination. Or, chez la malade de MM. Milian et Salle, la R. W. était fortement positive, tandis qu'elle ne l'est presque jamais chez les hérédosyphilitiques, surtout quand ils sont trop âgés.

OBSERVATION VIII

Cl. Simon (*Bulletin de la Société de Dermatologie
et de Syphiligraphie*, mars 1921.)

I. — PETIT-FILS

1^o Enfant présentant des plaques muqueuses et du pemphigus plantaire et palmaire.

II. — GÉNITEURS

2^o Le père ne présente aucun symptôme de syphilis acquise. La réaction de Wassermann pratiquée chez lui a donné un résultat négatif.

3^o La mère ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire, mais la réaction de Wassermann, dans le sang, pratiquée chez elle a donné un résultat positif.

III. — GRANDS-PARENTS

4^o La grand'mère maternelle est diabétique.

M. Simon finit son observation par cette remarque, que la transmission héréditaire s'est faite par les femmes, c'est-à-dire, il croit, que seulement une mère hérédo-syphilitique peut engendrer des enfants hérédo-syphilitiques de seconde génération sans que ni elle, ni son mari aient contacté une syphilis acquise.

Remarque. — Certes, chez la mère du petit malade de M. Simon, on pouvait supposer un syphilis héréditaire muette, avec une réaction de Wasser-

mann positive, mais cette hypothèse est très discutable, puisque cette femme n'avait aucune tare de son hérédité ni d'ordre général ni d'ordre partiel. La positivité de la réaction de Wassermann seule ne peut pas exclure une syphilis acquise chez la mère.

OBSERVATION IX

(Jeanselme *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1921.)

I. — PETIT-FILS

1° La petite fille X..., présente une chorio-rétinite, très améliorée par le Novarsenobenzol.

II. — GÉNITEURS

2° Le père est indemne de syphilis.

3° La mère a le petit mal comitial, dont les crises se traduisent par de légères absences, aucun autre stigmate de syphilis héréditaire.

III. — GRANDS-PARENTS

4° La grand'mère maternelle, contaminée par son mari, devient paralytique type Charco-Erb, à l'âge de 43 ans. Elle est mise au traitement mercuriel par le professeur Raymond.

De son mariage elle a eu deux filles. L'aîné a des dents d'Hutchinson l'autre est atteinte du petit mal comitial.

Le grand-père maternel est syphilitique.

Remarque. — L'observation du professeur Jeanselme n'est pas probante :

1° Parce que l'examen clinique chez le père de sa petite malade n'exclue pas la syphilis acquise chez lui. La réaction de Wassermann n'a pas été pratiquée chez lui.

2° La syphilis acquise, sous le type de *syphilis binaire* n'est pas exclue non plus chez la mère qui, d'ailleurs, n'avait comme stigmate hérédo-syphilitique que le petit mal comitial. La réaction de Wassermann n'a pas été faite chez elle non plus, pour conclure approximativement du degré de sa positivité une syphilis héréditaire (légèrement positive dans la plus grande majorité des cas chez les hérédo-syphilitiques, fortement positive ordinairement chez les syphilitiques).

. . .

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I (personnelle)

Service du D^r Milian (Hôpital Saint-Louis)

I. — PETIT-FILS (Hérédo-syphilitique de 2^e génération)

1^o C. R..., enfant de 20 mois. Il est amené par sa mère à l'hôpital Saint-Louis pour une éruption datant de quatre mois.

Examen clinique. — Enfant bien constitué. Sur la face interne et postérieure de la cuisse droite et dans l'aîne droite, il présente une éruption eczémateuse. Sur les mêmes en-

droits de la cuisse gauche et sur le corps, on trouve des éléments plus récents, qui se présentent sous la forme de petites papules roses, très prurigineuses. Les plus anciens éléments sont excoriés par le grattage. Ces derniers forment après leur guérison, des papules de couleur violacée lichénifiée.

Tête : volumineuse.

Front : Bombé. Elargissement transversal de la tête (bosses pariétales). Fontanelle antérieure non ossifiée, est très ouverte.

Yeux : bridés.

Nez et oreilles : rien de particulier.

Dents : les incisives médianes supérieures, présentent des encoches semi-lunaires.

Réflexes ; rotuliens et achilléens normaux.

Pas de signes de *syphilis acquise*.

A cause des stigmates hérédo-syphilitiques et du strophulus que présentait notre petit malade, nous avons pratiqué chez lui la séro-réaction de Wassermann, qui nous a donné un résultat *positif*.

Remarque.— Le strophulus est considéré par notre maître Milian et par ses élèves comme un véritable stigmat hérédo-syphilitique, accompagnant toujours d'autres stigmates, et guérissant par le traitement antisiphilitique très vite, alors que tous les autres traitements non spécifiques restent toujours inefficaces. Chez notre petit malade, une fois de plus, l'éruption du strophulus a disparu très vite sous l'influence seule du traitement spécifique, que nous avons institué chez lui.

II. — GÉNITEURS. (Mère hérédosyphilitique.

2^e Père. — M. C..., âgé de 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont bien portants. Sa mère n'a pas fait de fausses couches, et n'a pas eu d'enfants morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Né à terme, n'a jamais été malade. Il n'a eu aucune maladie vénérienne, et n'a eu aucun exanthème sur le corps.

Examen clinique. — Squelette bien constitué, de petite taille.

Visage : anémique et pâle. Muqueuses décolorées. Aucun stigmatisme de *syphilis héréditaire*.

Sur le cou et le corps, il ne présente ni de taches achromiques (leucoderme) ni de taches pigmentées (syphilis pigmentaire) ni de taches atrophiques ou cicatrices suspectes.

Pas de ganglions *cervicaux* ou *épitrochléens*.

Muqueuse de la bouche. — Pas de plaques muqueuses, ni de leucoplasies. Sur la langue, il n'y a ni de plaques muqueuses, ni de fissures, ni de cicatrices, ni de leucoplasies. Sur les amygdales, pas de plaques muqueuses ou autre signe suspect.

Organes génitaux. — Pas de plaques muqueuses, de taches ou de cicatrices suspectes, pas de leucoplasies.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Wassermann a donné un résultat *négalif*.

3^e Mère. — Mme C..., âgée de 20 ans.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont bien portants, mais sa mère a perdu deux enfants en bas âge. Un

sœur plus jeune qui est encore vivante, porte plusieurs stigmates hérédo-syphilitiques, et a une séro-réaction de Wassermann *positiv.*

Antécédents personnels. — Née à terme, étant petite, elle a eu mal aux lèvres. Mariée depuis deux ans, n'a pas eu d'autre enfant, ni d'autre grossesse.

Examen clinique. — Tête : un peu volumineuse.

Front, nez, oreilles et yeux : ne présentent rien de particulier.

Lèvres et commissures labiales : cicatrices radiées.

Dents : les incisives médianes supérieures présentent des encoches semi-lunaires du bord libre, rappelant un peu la dent d'Hutchinson.

Sur le cou et le corps : pas de taches achromiques (leucoderme), ni pigmentées (syphilis-pigmentaire), ou atrophiques, pas de cicatrices suspectes.

Pas de ganglions *cervicaux* ou *épitrochléens*.

Muqueuse de la bouche : Sur la face interne des joues et des lèvres, pas de plaques muqueuses, ni de leucoplasies. Sur les amygdales, pas de plaques muqueuses ou autre signe suspect. Pas de plaques muqueuses, ni fissures, ni cicatrices ou leucoplasies sur la langue.

Organes génitaux. — Sur les grandes et petites lèvres et leur voisinage, pas de plaques muqueuses, ni de taches pigmentées, ni cicatrices suspectes ou de leucoplasies. Pas de ganglions *inguinaux*.

Réflexes : rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Wassermann a donné un résultat *négatif*.

III. — GRANDS-PARENTS

Maternels probablement syphilitiques.

4° Les grands-parents paternels sont sains et bien portants.

5° Les grands-parents maternels sont probablement syphilitiques.

La grand'mère maternelle a eu de son mariage 4 gestations. Des 4 enfants, 2 sont morts en bas âge, et les 2 autres, qui sont encore vivants, portent plusieurs stigmates hérédosyphilitiques. Le plus jeune a de plus une séro-réaction (Wassermann) *positive*, sans avoir jamais contracté la syphilis.

Cette jeune fille, actuellement traitée à l'hôpital Saint-Louis, ne présente aucun signe suspect de syphilis acquise.

OBSERVATION II (personnelle)

Service du professeur Jeanselme (Hôpital Saint-Louis)

I. — PETIT-FILS

1° Le jeune D..., âgé de 7 ans, est amené par sa mère à l'hôpital Saint-Louis, pour une affection des mains qui apparaissait pour la deuxième fois.

Antécédents personnels. — Né à terme, a été nourri au sein. Il a marché à 22 mois ; à 8 mois a eu une broncho-pneumonie, et puis de temps en temps des crises d'entérite. Pendant la nuit, il dort avec la bouche ouverte ; et quelquefois durant la journée, il est obligé de respirer par la bouche.

Examen. — Enfant bien constitué, pâle. A la face interne des doigts, il présente des vésicules dyshydrosiformes sur une peau non inflammatoire.

Tête : normale.

Front : bosses frontales augmentées de volume, surtout à gauche.

Nez : écrasé à sa base (nez en selle).

Yeux : normaux.

Oreilles : les hélix des oreilles sont mal formés.

Visage : légèrement asymétrique.

Dents : les deux incisives supérieures médianes sont plus larges à leur base qu'à leur bord libre. Les deux latérales supérieures sont petites. Enfin, toutes les incisives supérieures et inférieures sont crénelées (dents en scie). Gros ventre.

L'examen du sang : en, avril 1923 pratiqué à l'hôpital Saint-Louis a donné un résultat négatif. Après ce résultat nous avons réactivité notre jeune malade par une petite dose de Novarsenobenzol, mais, l'enfant étant guéri par *hasard* ? de sa dishydrose après l'injection de 914, ses parents n'ont pas voulu le ramener pour un nouvel examen de sang.

II. — GÉNITEURS

2° Père âgé de 30 ans, marié à 21 ans avec une femme saine et très bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme, il ne sait pas à quel âge il a marché. A 7 ans, il a eu la fièvre typhoïde, et à 20 ans la rougeole. Il n'a jamais eu la moindre écorchure sur les organes génitaux. Dès son enfance, il a de temps en temps des maux de tête, qui dernièrement sont devenus brusques, subits et localisés. Depuis quelque temps, il se fatigue sans raison apparente.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie générale. Mère syphilitique et atteinte d'aortite syphilitique.

Examen clinique. — Squelette bien constitué. Tête, front, oreilles, yeux, et dents : rien de particulier. Nez : déviation de la cloison du nez.

Corps : Pas de signes suspects sur le corps pas de taches pigmentées. pas de taches achromiques ou atrophiques. Pas de ganglions.

Muqueuses : Pas de leucoplasies de la face interne des joues et des lèvres. Pas de leucoplasies, ni fissures ou cicatrices de la langue.

Organes génitaux. — Rien de suspect. Pas la moindre cicatrice ou tache pigmentée. Pas la moindre adénopathie inguinale.

Réflexes rotuliens et achilléens. Normaux.

La réaction de Wassermann pratiquée dans le sang, au mois d'avril 1923, a donné un résultat complètement négatif. Malgré ce résultat, le malade est mis au traitement spécifique par le Novarsenobenzol.

3^e *Mère.* — Mme M. D..., âgée de 27 ans, mariée à 19 ans.

Antécédents personnels. — L'aînée de la famille est née à terme, a marché à l'âge normal, et a été réglée à 12 ans. Dans l'enfance elle a eu la rougeole et une fluxion de poitrine. En dehors de cela a toujours été bien portante jusqu'au moment de son mariage.

Elle a eu 2 grossesses.

Première grossesse. — Une fausse couche de 3 mois environ, non provoquée.

Deuxième grossesse. — Un garçon né à terme (notre jeune malade.) Après sa première grossesse elle est devenue pâle et anémique et se fatigue sans cause apparente. Jamais elle n'a eu le moindre exanthème sur le corps.

Dernièrement, des maux de tête, qui ont commencé quelque temps après son mariage, devinrent plus fréquents et plus accentués vers le soir et les premières heures de la nuit.

Depuis trois ou quatre ans, la malade a commencé à avoir des crises nerveuses à la suite desquelles elle tombe par terre. Durant la crise, la malade ne perd pas complètement connaissance, et à la fin elle se réveille en pleurant. Ces crises surviennent de temps en temps, enfin depuis quelque temps la malade a des étourdissements et se trouve toujours fatiguée.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont sains et bien portants. Sa mère n'a pas eu de fausses couches ou enfants morts en bas âge.

Examen clinique. — Squelette bien constitué, visage pâle, muqueuses anémiques. Pas de stigmates d'hérédosyphilis. Sur le *cou* et le *corps* pas de taches achromiques (leuco-derme), ni pigmentées (syphilis pigmentaire) ou atrophiques. Pas de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Organes génitaux. — Pas le moindre signe d'ancienne cicatrice, ou tache pigmentée. Pas le moindre ganglion inguinal, pas de leucoplasies sur les muqueuses des organes génitaux.

Muqueuse buccale. — Pas de leucoplasies, sur la face interne des joues, des lèvres, et de la langue. Pas de fissures ou d'anciennes cicatrices sur la langue. Pas de plaques muqueuses.

L'examen du sang pratiqué chez elle a donné une réaction de Wassermann légèrement positive (H. 7/8).

La malade est mise immédiatement au traitement par le Novarsenobenzol.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Grand-père paternel étant syphilitique, est mort de paralysie générale

5° Grand'mère paternelle contaminée par son mari, est encore vivante, mais souffre d'une aortite syphilitique.

6° Grand-père maternel vivant, sain et bien portant.

7° Grand'mère maternelle vivante, saine et bien portante.

Remarque. — Cette observation, en dehors de sa valeur comme cas probant d'hérédo-syphilis de seconde génération, a encore un double intérêt scientifique. D'une part, parce qu'elle prouve qu'un père hérédo-syphilitique, en apparence sain, peut contaminer sa femme par son sperme (syphilis conceptionnel d'origine hérédo-syphilitique). D'autre part, parce qu'elle prouve qu'un père hérédo-syphilitique, indemne de syphilis acquise, marié avec une femme indemne de syphilis acquise ou héréditaire, peut engendrer un enfant hérédo-syphilitique, qui dans ce cas est un hérédo-syphilitique de seconde génération.

OBSERVATION III (personnelle)

Service du Dr Marcel Pinard (Consultations des maladies héréditaires de la clinique Baudeloque.)

I. — PETIT-FILS

(Hérédo-syphilitique de deuxième génération)

1° Hut. G..., né le 23 novembre 1921, il est amené à la consultation pour des convulsions. Né à 8 mois, mort en apparence, élevé au biberon, n'a jamais eu de troubles gastro-intestinaux.

A 8 mois, a eu les premières dents, ne marche pas encore. Les convulsions sont apparues le huitième mois au moment de la dentition. Elles surviennent fréquemment, cinq à six fois par semaine. Au moment de la crise, les yeux sont convulsés, la face est pâle, phase tonique et puis clonique généralisée. Durée : deux à trois minutes. Durant la crise, il perd de l'urine.

Examen. — Enfant pâle, poids: 9 kgr. 880. Ne marche pas, ne parle pas. Elle a 8 dents, deux incisives supérieures médianes et deux canines, deux incisives médianes inférieures et deux canines. Les fontanelles ne sont pas complètement ossifiées. Hémiplegie droite. La main droite et le pied droit sont paralysés. Le réflexe rotulien du côté droit est aboli. Le réflexe gauche: normal. Chapelet costal, chevilles volumineuses. Foie: normal. Rate: Percutable.

Examen du sang le 10 mai 1922. Hecht — 00.

Pas de signes de syphilis acquise.

Traitement par le sulfarsénol, le 19 mai 1922

Piqûres	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e
Poids.....	—	9.650	9.400	9.400	9.830	9.780	9.820	9.550	9.950	9.850
Doses	0.01	0.02	0.03	0.04	0.06	0.09	0.10	0.12	0.14	0.15

A la fin de la série l'hémiplegie est beaucoup diminuée.

Deuxième série sulfarsénol. — 18 août 1922

Piqûres	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e
Poids.....	10.000	9.900	10.100	9.990	10.230	10.580	10.530	10.550	10.650	10.780
Doses.....	0.02	0.03	0.06	0.07	0.08	0.09	0.10	0.12	0.14	0.15

Piqûres	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e
Poids	—	—	—	11.000	—	—	—	—	—	—
Doses	0.02	0.04	0.06	0.08	0.08	0.09	0.12			

Actuellement en cours de traitement

II. — GÉNITEURS (Mère hérédo-syphilitique).

2^e Mme H..., âgée de 23 ans, né à terme, a marché à 13 mois, réglée à 13 ans. Marié à 19 ans, a eu 2 gestations.

Première gestation: une fausse couche de deux mois et demi.

Deuxième gestation: notre petit malade né à 8 mois.

Examen. — Tête: grande.

Front: légèrement bombé.

Yeux: double kératite interstitielle. Etant petite a eu mal aux oreilles, mais actuellement, elle ne présente aucun trouble acoustique, lobules des oreilles soudés. La plupart de ses dents sont déjà tombées, mais pas de malformations dentaires hérédo-syphilitiques.

Sur le cou et le corps, pas de taches achromiques (leuco-derme), pas de taches pigmentées (syphilis pigmentaire) ni de taches atrophiques. Pas de cicatrices suspectes, pas de ganglions cervicaux et épitrochléens.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, pas de plaques muqueuses ni de leucoplasies. Pas de plaques muqueuses, pas de fissures ou cicatrices suspectes, ni de leucoplasies sur la langue.

Amygdales: Pas de plaques muqueuses ni autre signe suspect.

Organes génitaux. — Pas la moindre érosion ou écorchure suspecte. Pas de leucoplasies, pas de cicatrices ou taches pigmentées. Pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

Réaction de Wassermann dans le sang : négative.

3^e Père. — M. H..., n'a aucun stigmate hérédosyphilitique.

Nous avons pratiqué chez lui deux fois la séro-réaction de Hecht (la seconde fois après réactivation) résultat négatif chaque fois.

III. — GRANDS-PARENTS (grand-père maternel syphilitique)

4^e Le grand-père maternel, âgé de 59 ans, souffre depuis longtemps d'une maladie de cœur. L'hiver dernier, il a eu une congestion cérébrale et une hémiplegie gauche consécutive.

5^e La grand'mère maternelle, âgée de 53 ans, a eu de la salpingite pendant plusieurs années, actuellement elle souffre d'une arthrite.

De son mariage elle a eu 5 gestations.

Première gestation : enfant vivant, mort en bas âge de la méningite tuberculeuse ?

Deuxième gestation : une fausse couche de 4 mois.

Troisième gestation : enfant né à terme vivant, mort à 10 mois de la méningite tuberculeuse ?

Quatrième gestation : une fausse couche de 4 mois.

Cinquième gestation : la mère de notre petit malade, née à terme.

6^e Grand-père paternel, était toujours bien portant.

7^e Grand-mère paternelle était aussi toujours bien portante et n'a eu ni fausses couches ni enfants morts en bas âge.

OBSERVATION IV (personnelle)

Consultation des maladies héréditaires de la clinique Baudeloque. Service du Dr Marcel Pinard
2210-664 bis.)

I. — PETIT-FILS

(Hérédo-syphilitique de deuxième génération)

1^{er} Edouard D..., né à 8 mois, le 25 février 1922.

Poids à la naissance : 2.750 grammes.

Envoyé par le professeur Ombredanne pour une ménin-gocèle de la base du nez et de l'hydro-céphalie.

Examen. — L'enfant présente au niveau de la base du nez une ménin-gocèle grosse comme un œuf de pigeon, fluctuante, se gonflant quand l'enfant crie et débordant sur la paupière gauche, obturant en partie l'œil gauche. Il présente de l'écrasement de la base du nez et une tête volumineuse. Le corps est bien constitué, mais les testicules ne sont pas descendus dans les bourses.

Examen sérologique Hecht ++ positif.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Tension du liquide : goutte normale.

Lymphocytose : 15 par millimètre cube.

Albumine : 0 gr. 40 par litre. Bordet-Wassermann : oo négatif.

Réaction au benjoin : négatif

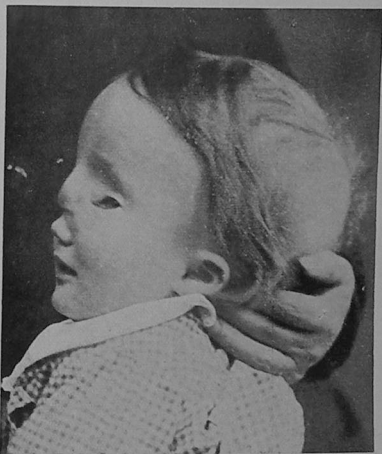
Aucun signe de syphilis acquise.

OBSERVATION IV (personnelle)
Vue en face



Edouard D..., né à 8 mois, pesant 2.550 grammes
Méningocèle de la base du nez

OBSERVATION IV (personnelle)
Vue profil



Edouard D..., né à 8 mois, pesant 2.550 grammes
Méningocèle de la base du nez



Diamètre du crâne

Mensuration, le 5 janvier 1923 :

Occ. frontal.....	18.3
Sous occ. frontal.....	18.3
Sous-occip. bregmat.....	16.2
Occip. mental.....	20.4
Bi-temporal....	12.3
Bi-pariétal	15.4

Pas de signes de syphilis acquise.

Traitement de l'enfant au sulfarsénol sous-cutané

Première série

Piqûres	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e
Poids.....	8.800	8.850	8.900	8.950	9.200	9.230	9.250	9.400	9.430	9.500
Doses.....	0.02	0.04	0.06	0.08	0.09	0.10	0.10	0.12	0.13	0.13

Deuxième série. — Après 21 jours

Piqûres.....	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e
Poids.....	9.420	9.500	9.600	9.630	9.800	9.600	9.680	9.600	9.630	9.800
Doses.....	0.01	0.03	0.05	0.07	0.08	0.10	0.12	0.14	0.15	0.15

Ponction lombaire

Réaction de Wassermann positive. Leucocytes 12 par millimètre cube. Actuellement en cours de traitement.

II. — GÉNITEURS

2^e Père. — Hérédo-syphilitique.

Henri D..., âgé de 26 ans, né à 7 mois ; à 18 mois pesait 1.750 grammes.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 53 ans. Sa mère est encore vivante. Mme D... a une sœur qui est née aussi à 7 mois et est actuellement bien portante.

Antécédents personnels. — M. D... est marié avec une femme saine et bien portante. Notre petit malade est son premier enfant.

Examen clinique. — Squelette rachitique.

Tête, front, yeux, nez et oreilles : rien de particulier.

Dents : incisives médianes supérieures très écartées (signe de Gaucher) toutes les incisives supérieures et inférieures présentent de multiples érosions, surtout linéaires.

Sur le cou et le corps, nous n'avons pas trouvé de taches achromiques (leucoderme) ou pigmentées (syphilis pigmentaire), ni atrophiques. Nous n'avons pas non plus trouvé de cicatrices suspectes. Pas de ganglions cervicaux.

Organes génitaux. — Sur les organes génitaux et leur voisinage, nous n'avons constaté ni de leucoplasies, ni de taches ou cicatrices suspectes, pas d'érosions suspectes, pas de ganglions rappelant l'adénite satellite d'un accident primitif méconnu, ou une adénite généralisée secondaire d'une syphilis ancienne.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, M. D... ne présente ni plaques muqueuses ni leucoplasies et cicatrices suspectes.

Langue : sur la langue, ni plaques muqueuses, ni fissures ou cicatrices suspectes, ni leucoplasies.

Amygdales : pas de plaques muqueuses.

Réflexes : les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

La séro-réaction de Wassermann, pratiquée chez lui dans le sang, a donné un résultat négatif.

3° Mère. — Saine et bien portante. Mariée à 20 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de tuberculose.

Sa mère est vivante et bien portante.

Examen clinique. — Squelette bien constitué.

Nous n'avons trouvé aucun stigmat d'hérédosyphilis chez elle. Sur le corps et le cou, nous n'avons trouvé ni taches pigmentées (syphilis pigmentaire) ni cicatrices suspectes ni taches atrophiques et achromiques (leucoderme). Pas de ganglions cervicaux.

Organes génitaux. — Ni plaques muqueuses, ni leucoplasies, ou cicatrices ni taches pigmentées suspectes. Pas de ganglions inguinaux.

Muqueuse de la bouche. — Ni plaques muqueuses, ni de leucoplasies ou cicatrices suspectes.

Langue : ne présente ni plaques muqueuses, ni fissures, ni cicatrices suspectes, ni de leucoplasies.

Amygdales : Pas de plaques muqueuses.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Grand-père paternel est mort à 53 ans.

5° Grand-mère paternelle est vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — De leur mariage, ils ont eu deux enfants qui ne sont pas nés à terme.

Examen clinique. — Aucun stigmat hérédosyphilitique chez elle. Bien constituée, en apparence saine. *La séro-réaction* de Wassermann, pratiquée chez elle dans le sang, a donné un résultat fortement positif.

6° Grand-père maternel, est mort de tuberculose.

7° Grand-mère maternelle est vivante et bien portante.

De son mariage elle a eu 7 enfants nés à terme, vivants actuellement et bien portants. En dehors de ces enfants, elle a eu une fausse couche accidentelle.

OBSERVATION V (personnelle)

(Consultation des maladies héréditaires
de la clinique Baudeloque. Service du Dr Marcel Pinard,
n° 2210-711 bis.)

I. — PETIT-FILS (hérédo-syphilitique de seconde génération).

1^{er} Marius P..., âgé de 3 ans, né le 11 juin 1919 ; à 8 mois, pesant 1.500 grammes. Hémiplégie à la naissance. Trois semaines après sa naissance, il a commencé à avoir des crises épileptiques.

Enfant chétif, n'a cependant pas fait d'autres maladies que la coqueluche.

Examen. — Front : olympien.

Thorax : élargi en bas.

Rate et foie : normaux.

Réflexes. — Réflexes rotuliens : exagéré à droite, normal à gauche.

Marche en fauchant. Marche en position hanchée, en s'appuyant uniquement sur la pointe du pied droit.

Pas de malformations des membres.

Pas d'atrophies musculaires.

Grande crise comitiale quotidienne.

Premiers pas à 19 mois.

A des crises épileptiques avec parfois perte de connaissance, morsure de langue, émission involontaire d'urine, cyanose, peut remuer son bras.

Pas de signes suspects de syphilis acquise.

Prise de sang. — Il est mis au traitement spécifique sans attendre le résultat de l'examen.

Le 25 octobre 1922, résultat d'examen du sang Hecht : 1/4, 1/2.

Ponction lombaire :

Albumine = 0,20

Lymphocyte = 1

Réaction Wassermann = oo

Bordet = oo

Première série sulfarsénol

Piqûres.....	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e
Poids.....	9.600	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Doses.....	0.01	0.02	0.04	0.06	0.08	0.08	0.10	0.12	0.12	—

L'hémiplégie a disparu.

Deuxième série sulfarsénol, le 22 décembre 1922

Piqûres.....	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e
Poids.....	—	10.000	—	11.750	—	—	—	—	11.730	—
Doses.....	0.02	0.03	0.05	0.06	0.08	0.09	0.10	0.12	0.14	0.16

Après la 7^e piqûre de la deuxième série de sulfarsénol, les crises épileptiques ont presque disparu.

A la suite d'une rougeole, l'enfant n'a pas pu continuer son traitement.

Il revient le 18 mai 1923. La mère déclare que depuis la cessation du traitement, les crises quotidiennes ont repris ainsi que les émissions de l'urine. L'enfant pleure pendant la journée sans cause apparente. Le traitement a été cessé pendant deux mois.

(Remettre immédiatement au traitement.)

Actuellement en cours de traitement.

II. — GÉNITRICES.

2^o Père âgé de 28 ans, très bien portant, a fait son service militaire et la guerre.

Antécédents personnels. — Né à terme, est toujours bien portant jusqu'à présent, n'a eu aucune maladie vénérienne ou autre. Il n'a jamais constaté sur son corps aucun exanthème.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont vivants et bien portants. A 6 sœurs et frères, tous vivants et bien portants.

Examen clinique. — Squelette bien constitué. Aucun stigmate d'hérédosyphilis.

Sur le cou et le corps, il ne présente ni taches achromiques (leucoderme) ni taches pigmentées (syphilis pigmentaire) ni taches atrophiques ou cicatrices.

— Pas de ganglions cervicaux ni épitrochléens.

Organes génitaux.— Ni plaques muqueuses ni cicatrices ni leucoplasies, ou taches pigmentées suspectes. Pas de ganglions inguinaux.

Muqueuse de la bouche : ni plaques muqueuses, ni leucoplasies, ni cicatrices suspectes.

Langue : ne présente ni plaques muqueuses, ni fissures, ni leucoplasies ou cicatrices.

Amygdales : pas de plaques muqueuses.

Réflexes : les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

La séro-réaction de Wassermann-Hecht pratiquée dans le sang a donné un résultat négatif.

3^e Mère P.A..., âgée de 28 ans (hérédosyphilitique).

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 36 ans fou (syphilitique).

Sa mère, atteinte de syphilis médullaire, est morte subitement. Une de ses sœurs présente plusieurs gommès syphilitiques et une perforation de la voûte palatine.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché tard, mais n'a eu aucune maladie de l'enfance. Actuellement souffre de douleurs gastriques après le repas.

Elle a eu 5 gestations.

Première gestation, notre petit malade M... Né à 8 mois, épileptique.

Deuxième gestation, une fausse couche de 5 mois.

Troisième gestation, une fille née à terme, vivante.

Quatrième gestation, une fille née à terme, vivante.

Examen clinique. — Squelette : bien constitué. Tête : grande. Front : bombé.

Nez, yeux, et oreilles : rien de particulier.

Face : asymétrie faciale.

Dents : pas de malformations dentaires. Sur le cou et le corps, ne présente ni taches achromiques (leucoderme) ni taches pigmentées (syphilis-pigmentaire), ni taches athrophiques ou cicatrices. Pas de ganglions cervicaux et épitrochléens.

Organes génitaux. — Ni plaques muqueuses ou leucoplasies, ni cicatrices ou taches pigmentées suspectes. Pas de ganglions inguinaux.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, ne présente pas de plaques muqueuses ou de leucoplasies.

Langue : sur la langue, il n'y a pas de plaques muqueuses, de fissures, de leucoplasies ou de cicatrices.

Amygdales : pas de plaques muqueuses.

Réflexes : rotuliens et achilléens, normaux.

La séro-réaction de Hecht pratiquée chez elle dans le sang a donné un résultat *négatif*.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Le grand-père maternel, est mort fou à 36 ans, d'accidents syphilitiques.

5° La grand-mère maternelle est morte subitement de complications de syphilis médullaire. Elle a eu de son mariage sept gestations :

Première gestation, un enfant né à 7 mois, est mort à 2 ans.

Deuxième gestation, un enfant né à terme, est mort à 2 ans et demi.

Troisième gestation, un enfant né à terme, est mort en bas âge de *méningite* ?

Quatrième gestation, une fausse couche.

Cinquième gestation, un enfant né à terme, vivant.

Sixième gestation, un enfant né à terme, vivant.

Septième gestation, la mère de notre petit malade.

6° Grand-père paternel est vivant et est très bien portant.

7° Grand-mère paternelle est aussi vivante et très bien portante. De son mariage, elle a eu 7 enfants, tous vivants encore et bien portants. Elle n'a eu ni fausses couches, ni enfants morts en bas âge.

OBSERVATION VI (personnelle)

(Service du Dr Milian, Hôpital Saint-Louis.)

I. — PETIT-FILS

A. F..., Agé de 7 ans.

Antécédents personnels. — Né à terme, a marché à 19 mois et a parlé à 3 ans. A l'âge de 18 mois a eu la coqueluche, et à 5 ans la rougeole. Jusqu'à 6 ans, il a eu de l'incontinence d'urine. Il y a un an il a subi une opération dans le nez, parce qu'il ne pouvait pas respirer régulièrement, et qu'il dormait la bouche ouverte. De temps en temps, un liquide sanguino-purulent s'écoule du nez.

Antécédents collatéraux. — Tous les frères et sœurs de notre jeune malade ont marché et ont parlé très tard. L'un

G. Higoumenakis



des frères a eu de l'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 13 ans.

Examen clinique. — Enfant pâle et anémique.

Dystrophies osseuses. — Tête grande, malformée. Elargissement transverse du crâne, bosse occipitale, asymétrie craniofaciale.

Front, nez, oreilles et yeux : rien de particulier.

Dents : écartement des deux incisives médianes supérieures (signe de Gaucher). Les deux incisives latérales supérieures sont très petites. Le bord libre de toutes les incisives supérieures et inférieures est crénelé (dents en scie). Enfin, les incisives latérales inférieures sont mal plantées.

Voûte ogivale.

Thorax : en carène.

Pas de signes suspects de syphilis acquise.

La *séro-réaction de Wassermann* pratiquée dans le sang a donné un résultat *négatif*.

Examen rhinologique. — Légère rhinite ulcéro-purulente.

II. — GÉNITEURS

2° Père. — M. F..., âgé de 41 ans.

Antécédents personnels. — A eu presque toutes les maladies de l'enfance. Etant jeune, il a eu la chaude pisse. Il ne se rappelle pas avoir aperçu une écorchure sur les organes génitaux ou un exanthème sur le corps.

A l'âge de 25 ans, il a eu la gale et il a été traité à l'hôpital Saint-Louis.

Examen clinique. — Squelette bien constitué. Pas de stigmates hérédosyphilitiques. Pas de signes suspects de

syphilis acquise. Sur le *coa* et le *corps*, pas de taches achromiques (leucoderme) pigmentées ou atrophiques, pas de ganglions cervicaux ni épitrochléens.

Organes génitaux. — Pas de cicatrices ou taches suspectes. Pas de ganglions inguinaux.

Muqueuse buccale. — Pas de leucoplasies de la face interne des joues et des lèvres. Pas de leucoplasies, cicatrices ou fissures sur la langue.

La *séro-réaction de Wassermann* pratiquée dans le sang a donné un résultat complètement *négalif*.

2^e *Mère.* — Mme F., âgée de 39 ans, profession, blanchisseuse.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché très tard. A trois ans environ, elle a eu la rougeole. A 5 ans, a eu mal au nez, aux lèvres et aux commissures buccales, pendant plus d'un an. A l'âge de 10 ans environ, elle a eu mal aux yeux pendant plus d'un an. Réglée à 13 ans. Depuis son enfance, elle a des maux de tête. Mariée à l'âge de 20 ans, a eu 7 gestations dont trois fausses couches non provoquées.

Première gestation : Jean, né à terme, a marché à 18 mois.

Deuxième gestation : une fausse couche.

Troisième gestation : une fille née à terme, a marché à 15 mois.

Quatrième gestation : une fausse couche de 3 mois.

Cinquième gestation : un garçon né à terme, mais a marché à 18 mois et parlé très tard.

Sixième gestation : une fausse couche de 3 mois.

Septième gestation: une petite fille née à terme, mais a marché à 16 mois.

Son premier garçon a eu de l'incontinence d'urine jusqu'à 13 ans et le deuxième jusqu'à l'âge de 6 ans (notre jeune malade).

Depuis quatre ans, la malade a de temps en temps des étourdissements, qui l'obligent à s'asseoir pour ne pas tomber. Ces étourdissements sont accompagnés de bourdonnements d'oreilles. Dernièrement, elle a commencé à perdre ses cheveux par plaques.

Examen clinique. — Squelette bien constitué. Pas de malformations crâniennes.

Front: normal.

Dents: pas de malformations dentaires.

Nez: cicatrices de la cloison du nez avec perte de substance, cicatrices aux narines.

Yeux: kératite interstitielle plus marquée sur l'œil gauche.

Oreilles: lobules des oreilles adhérents.

Lèvres: cicatrices perpendiculaires radiées, surtout au grand axe des lèvres et aux commissures labiales. Au cuir chevelu elle présente plusieurs plaques de pelade de la dimension de 2 à 5 francs et plus. *Corps thyroïde* hypertrophié.

Yeux: légèrement saillants.

Pouls: 80. Léger tremblement des mains. Pas de signes suspects de syphilis acquise, sur le cou et le corps pas de taches achromiques (leucoderme), pigmentées (syphilis pigmentaire) ou atrophiques. Pas de ganglions cervicaux ni épitrochléens.

Organes génitaux. — Pas de leucoplasies, cicatrices ou taches pigmentées suspectes. Pas de ganglions inguinaux.

Muqueuse buccale. — Pas de leucoplasies de la face interne des joues et des lèvres. Pas de leucoplasies, de fissures ou de cicatrices sur la langue.

La séro-réaction de Wassermann pratiquée dans le sang a donné un résultat complètement négatif.

III. — GRANDS PARENTS

4° Grand-père paternel, était sain et bien portant.

5° Grand-mère paternelle était toujours bien portante, n'a pas eu de fausses couches ni d'enfants morts en bas âge.

6° Grand-père maternel, est mort à 72 ans, de cancer de la gorge.

7° Grand-mère maternelle, est morte à 54 ans à la suite d'une hématoméose. De son mariage a eu 9 enfants, dont un est mort à l'âge de 9 mois de la méningite, et un autre à l'âge de 3 ans.

Plusieurs de ses enfants ont marché tard.

OBSERVATION VII (personnelle)

(Consultation des maladies héréditaires
de la clinique Baudeloque. Service du Dr Marcel Pinard
2302-108 bis.)

I. — PETIT-FILS (hérédo-syphilitique de 2^e génération.)

1° Petite fille C..., née à terme, a marché à l'âge de 14 mois.
Durant les premiers mois après sa naissance, de son nez

s'écoulait très souvent un liquide muco-purulent. Actuellement elle dort souvent la bouche ouverte.

Examen clinique. — Squelette bien constitué.

Tête : normale.

Front : légèrement bombé.

Nez écrasé à la base (nez en selle).

Yeux et oreilles : rien de particulier.

Dents : Rien de particulier.

Tibia gauche incurvé.

Pas de signes de syphilis acquise.

La *séro-réaction de Hecht* pratiquée dans le sang, a donné un résultat positif.

II. — GÉNITEURS

2^e Père. — A. C..., âgé de 27 ans (*hérédo-syphilitique*).

Antécédents personnels. — Né avant terme, à 7 mois, a marché tard. Jusqu'à présent n'a eu ni de maladies vénériennes ni d'autres maladies.

Antécédents Héritaires. — Son père est mort à 46 ans, d'une maladie de foie. Sa mère est encore vivante, mais se plaint toujours de maux de tête et de la gorge.

Examen clinique. — Squelette bien constitué.

Tête, front, et oreilles ne présentent rien de particulier.

Yeux : mydriase droite. La pupille droite est dilatée, et réagit lentement à la lumière. Le malade ne voit pas bien de cet œil, et d'après son dire, serait obligé de se servir de l'œil gauche pour viser.

Dents : écartement des deux incisives médianes supé-

rieures (signe de Gaucher). Toutes les incisives supérieures et inférieures présentent des érosions multiples. La première grosse molaire inférieure présente un sommet usé et dépourvu d'émail, il ne reste plus que les deux tiers inférieurs du corps de cette dent.

Bouche : cicatrices commissurales, linéaires.

Nez : déviation de la cloison du nez (signe de Milian).

Visage : légèrement asymétrique. Sur le cou et le corps le malade ne présente ni de taches achromiques (leucoderme), ni de taches pigmentées (syphil. pigment.) et atrophiques. Pas de ganglions cervicaux.

Organes génitaux. — Nous n'avons trouvé aucune tache pigmentée ou cicatrice suspecte sur les organes génitaux ni à leur voisinage. Il n'y a pas de ganglions inguinaux rappelant une adénite satellite d'un accident primitif méconnu, ou une adénite secondaire généralisée.

Muqueuse de la bouche — Sur la face interne des joues et des lèvres, nous n'avons trouvé ni leucoplasies ni de cicatrices.

Langue : elle ne présente ni de leucoplasies ni de fissures ou cicatrices.

Amygdales : rien de particulier.

Réflexes. — Les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux.

La réaction de Wassermann pratiquée chez lui dans le sang a donné un résultat négatif.

3^e Mère. — Mme C..., âgée de 23 ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché de bonne heure. Etant petite n'a pas eu de maladies, en dehors

de l'anémie qu'elle a toujours. Réglée à 13 ans, elle s'est mariée à 19 ans. Elle a eu deux grossesses.

■ Première grossesse : une fausse couche de 3 mois non provoquée.■

Deuxième grossesse : notre petite malade née à terme

Antécédents héréditaires.— Son père est sain et bien portant.

Sa mère est obèse et souffre de rhumatismes chroniques.

Examen clinique. — Squelette bien constitué.

Tête : normale.

Visage : pâle, muqueuses décolorées, anémiques. Aucun stigmate de syphilis héréditaire sur le coup et le corps.

M. C.... ne présente ni des taches achromiques (leucoderme) ni des taches pigmentées (syphili. pigmen.) ou atrophiques.

Pas de ganglions cervicaux et épitrochléens.

Organes génitaux. — Sur les organes génitaux (grandes et petites lèvres, etc.) et leur voisinage, nous n'avons trouvé rien de suspect, ni de taches pigmentées, ni de cicatrices.

Il n'y a pas de ganglions inguinaux pour suspecter une syphilis acquise méconnue.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, il n'y a pas de leucoplasies ou de cicatrices.

Langue : la langue ne présente ni leucoplasies, ni fissures, ni cicatrices.

Amygdales : pas de plaques muqueuses ni rien de particulier.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens et achilléens, sont normaux. La séro-réaction de Wassermann pratiquée chez elle dans le sang, a donné un résultat négatif.

III. — GRANDS-PARENTS

4° Le grand-père paternel est mort à 46 ans d'une maladie du foie, d'après le dire de sa femme ; il était probablement syphilitique.

5° La grand'mère paternelle est encore vivante. Depuis son mariage, elle se plaint toujours de maux de tête et de la gorge. Elle a eu deux gestations.

Première gestation, un garçon né à 7 mois, est mort à 27 ans subitement.

Deuxième gestation, le père de notre petite malade, né aussi à 7 mois.

Nous lui avons proposé de faire un examen du sang, mais elle n'a pas accepté. Elle a refusé même l'examen clinique.

6° Le grand père maternel est sain et bien portant.

7° La grand'mère maternelle est obèse et souffre de rhumatisme chronique. Elle a eu des enfants tous bien portants. Elle a eu une fausse couche accidentellement.

A l'examen clinique, nous n'avons trouvé ni stigmates d'hérédo-syphilis ni signes suspects de syphilis acquise.

A cause de cette fausse couche, nous avons pratiqué chez elle, dans le sang, la *séro-réaction* de Wassermann, qui nous a donné un résultat complètement négatif.

Remarque. — Cette observation prouve encore une fois de plus, la possibilité de syphilis paternelle de seconde génération d'origine hérédo-syphilitique.

OBSERVATION VIII (personnelle)

(Consultation des maladies héréditaires
de la clinique Baudeloque. Service du Dr Marcel Pinard
2306 384 bis.)

I. — PETIT-FILS (hérédo-syphilitique de 2^e génération)

1^o Enfant M..., né à terme le 23 octobre 1921, pesant 3 kgr. 250 (âgé de 22 mois). Nourri au sein jusqu'à 13 mois. Ne marche pas encore.

Examen clinique. — Crâne très augmenté de volume, bosses pariétales qui font augmenter le diamètre transverse du crâne. *Fontanelles* très ouvertes. A la tempe et sur les côtés du crâne, les veines pariétales et la veine temporale superficielles sont très dilatées.

Front : de chaque côté de la ligne médiane, une bosselure très augmentée de volume, à la place de la bosse frontale normale (front à bosselures). Nez : écrasé à sa base (nez en selle).

Oreilles et yeux : rien de particulier, en dehors d'une légère malformation du pavillon des oreilles.

Foie : normal.

Rate : percutable.

Organes génitaux. — Phimosis de la verge.

Testicules : le droit n'est pas descendu, et le gauche ne l'est pas complètement.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

Pas de signes suspects de *syphilis acquise*.

Prise de sang. — La séro-réaction de Wassermann a donné un résultat positif.

Ponction lombaire. — Alb. = 0,20 — L. = 12 p. mm. c.
— R. W. = ++ — B. = ++.

II. — GÉNITEURS (hérédo-syphilitiques)

2° Père M. M..., bien portant.

Antécédents héréditaires. — M... a perdu un frère qui était né après lui, à 18 mois. Une de ses sœurs, en apparence bien portante, a eu trois fausses couches non provoquées. Sa mère est morte d'une affection de poitrine. Son père est hémiplégique depuis un an.

Antécédents personnels. — Né à terme, a marché très tard, il a eu des bronchites répétées dans son enfance.

Examen clinique. — Squelette bien constitué.

Face : pâle.

Muqueuses : décolorées.

Crâne, front, nez, yeux et oreilles : rien de particulier.

Dents : la plupart des molaires sont déjà tombées. Éminence mamillaire de la face interne de la première molaire supérieure gauche (tubercule de Carabelli).

Le cou et le corps ne présentent ni taches achromiques (leucoderme) ou pigmentées (syphilis-pigmentaire), ni taches atrophiques ou cicatrices suspectes.

Pas de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Organes génitaux. — Pas de taches pigmentées ou cicatrices suspectes. Pas de leucoplasies, pas de ganglions inguinaux.

Muqueuse de la bouche et de la langue. — Sur la face

interne des joues et des lèvres, pas de leucoplasies ou de plaques muqueuses. Sur la langue, ni plaques muqueuses, ni fissures, ni cicatrices ou leucoplasies.

Amygdales : pas augmentées de volume, sans plaques muqueuses ou autre signe suspect.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

Examen du sang. — La séro-réaction de Wassermann a donné un résultat négatif.

3^e Mère, Mme M..., âgée de 37 ans, est venue nous consulter pour son enfant.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'un accident à 54 ans, mais était probablement syphilitique, d'après le dire de la consultante. Sa mère est morte à 52 ans, de diabète.

Antécédents personnels. — Née à terme, elle était chétive dans son enfance, elle a marché et parlé trop tard. Durant son enfance, elle n'a eu aucune maladie, en dehors de l'anémie et de la faiblesse qu'elle a eue toujours. Réglée à 14 ans; depuis cet âge, son état général s'est amélioré. A l'âge de 28 ans, est mariée avec un homme en apparence sain et bien portant. De son mariage, elle a eu seulement notre petit malade (qui est son premier enfant). A cause du gros placenta et des malformations hérédo-syphilitiques qu'elle présentait au moment de sa naissance, on a pratiqué dans le sang des deux géniteurs, la séro-réaction de Wassermann, à l'hôpital Cochin. Chez tous les deux le résultat était *négatif*.

Examen clinique. — Tête : grande.

Front : légèrement bombé.

Face : pâle.

OBSERVATION VIII (personnelle)



Enfant M..., né à terme le 23 octobre 1921
pesant 3 kgr. 250

OBSERVATION IX (personnelle)



La fillette M. L..., âgée de quelques semaines
vieille en miniature

Muqueuses : décolorées.

Nez, yeux et oreilles : rien de particulier.

Dents : mauvaises, mais pas de stigmates dentaires hérédosyphilitiques.

Sur le cou et le corps, elle ne présente ni taches achromiques (leucoderme), ni taches pigmentées (syphilis pigmentaire), ni taches atrophiques ou cicatrices suspectes. Pas de ganglions *cervicaux* ni *épitrochléens*.

Organes génitaux. — Sur les grandes et petites lèvres, elle ne présente ni plaques muqueuses, ni taches pigmentées ou cicatrices, ni de leucoplasies. Pas de ganglions inguinaux.

Muqueuse de la bouche. — Langue et amygdales : sur la face interne des joues et des lèvres, pas de plaques muqueuses ni leucoplasies. Sur la langue, pas de plaques muqueuses, pas de fissures ni cicatrices, pas de leucoplasies. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées, et ne présentent ni plaques muqueuses, ni autre signe suspect.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens sont normaux.

La séro-réaction de Wassermann a donné, pour la deuxième fois, un résultat *négatif*.

Remarque. — Il paraît que les deux géniteurs sont hérédosyphilitiques primaires, ce qui explique les malformations importantes de leur enfant avec une réaction de Wassermann positive dans le sang.

III. — GRANDS-PARENTS PATERNELS (probablement syphilitiques)

4° Le grand-père paternel, âgé de 60 ans, a eu au mois de janvier 1923 une congestion cérébrale et depuis il est paralysé d'un côté, et a de la dysarthrie.

5° La grand'mère paternelle est morte d'une maladie de poitrine. De son mariage, elle a eu quatre gestations. De l'avant-dernière est né le père de notre petit malade, qui a marché et a parlé très tard. De la dernière gestation est né un enfant qui est mort à 18 mois. Une de ses filles, mariée avec un homme sain, a eu 3 fausses couches non provoquées. La seconde de ses filles souffre de l'estomac depuis longtemps.

IV. — GRANDES-PARENTS MATERNELS

6° Le grand-père maternel est mort à 54 ans accidentellement. Sa mère serait morte folle.

7° La grand'mère maternelle est morte de diabète à l'âge de 52 ans.

OBSERVATION IX (personnelle)

(Consultation des maladies héréditaires
de la clinique Baudelocque. Service du D Marcel Pinard,
2306-402 bis.)

I. — PETIT-FILS

(héredo-syphilitiques de deuxième génération)

La fillette M. L..., âgée de quelques semaines, née à 7 mois 1/2, pesante 1 kgr. 1/2. Deux jours après sa naissance on a aperçu des érosions de l'anus et de la vulve. Depuis sa naissance, a des convulsions.

Examen clinique. — Enfant malingre et chétive. C'est une véritable vieille en miniature, à face ridée, à peau bistrée, flasque et plissée.

Plaques muqueuses. — Typiques de l'anus et de la par-

tie inférieure des grandes lèvres, avec un liseré blanchâtre à la périphérie.

Antécédents collatéraux. — Une autre sœur de notre petite malade, âgée de 5 ans, est chétive et a une Réaction Wassermann positive.

Une autre plus âgée est presque idiote.

Enfin, un frère, âgée de 7 ans, a eu à l'âge de 5 ans, une hémiplegie.

A cette époque avait une Réaction de Wassermann positive. A la suite du traitement spécifique, est guéri. Actuellement a une Réaction de Wassermann négative, mais présente plusieurs stigmates, dentaires et autres, de son hérédité.

II. — GÉNITEURS (hérédo-syphilitiques)

1^o Père. — M. L..., âgé de 39 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 65 ans étant probablement syphilitique. Sa mère est morte à la suite d'une maladie de poitrine. Deux des frères de M. L..., sont morts en bas âge. l'un était son jumeau.

Antécédents personnels. — Né à terme (jumeau) a eu une attaque de méningite tuberculeuse à 8 mois, et une autre à 2 ans. Plus tard, il a eu des adénites tuberculeuses cervicales et sous-mentonnières. A l'âge de 20 ans, il a eu un petit abcès à la face interne de la jambe gauche, qui lui a laissé une cicatrice. Dès son enfance, il souffre de maux de tête. Il n'a jamais eu aucune maladie vénérienne.

Examen clinique. — Asymétrie faciale.

Front et yeux : rien de particulier.

Nez : déviation de la cloison.

Oreilles : les lobules sont soudés.

Lèvres : cicatrices commissurales et de la ligne médiane de la lèvre inférieure.

Dents : mauvaise dentition, mais pas de malformations nettes. Sur le cou, des deux côtés, cicatrices anciennes de contour irrégulier, non chéloïdiennes. Sous le menton, il y a aussi des cicatrices du même genre où à peu près. Pas de ganglions cervicaux, actuellement. Sur le corps et les mains, pas de taches pigmentées ou atrophiques, pas de cicatrices, pas de ganglions épitrochléens. Sur la partie inférieure de la face interne de la jambe gauche, il y a une cicatrice réniforme, blanche au centre, et légèrement pigmentée à la périphérie.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, pas de plaques muqueuses, ni de leucoplasies, pas de fissures ou cicatrices suspectes, ni de leucoplasies sur la langue.

Amygdales : pas de plaques muqueuses, ni autre manifestation suspecte.

Organes génitaux. — Pas la moindre écorchure ou cicatrice suspecte, pas de leucoplasies, pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Hecht a donné un résultat complètement négatif.

3^e Mère. — Mme L..., âgée de 34 ans, nous est adressée pour que nous consultations ses enfants malades, et pour polymortalité infantile.

Antécédents héréditaires. — Ses parents, probablement aussi syphilitiques, sont morts, le père à 69 ans, et la mère à 67 ans. Quatre de ses frères et sœurs sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Mme L..., née à terme, pesait 3 kgr. 100 environ, elle a marché à 13 mois, à parlé tard. Etant petite, elle a eu la rougeole et la coqueluche. Etant mariée, elle a eu en 1921 une pleurésie. Régée à 11 ans, mariée à 17 ans. De son mariage, elle a eu neuf gestations.

Première gestation : une fille née à terme, pesante 1 kgr. 670 actuellement vivante et bien portante, mais presque idiote.

Deuxième gestation : en 1908, un garçon né à terme pesante 2 kgr. 600 (pseudo-paralysie de Parrot avec une R. W. positive).

Troisième gestation : en 1910, une fille née à terme, pesante 3 kgr. 500, morte à 8 mois de méningite tuberculeuse ?

Quatrième gestation : en 1912, une fille née à terme, pesante 3 kgr. morte à 3 ans 1/2 de méningite ?

Cinquième gestation : en 1914, une fille née à terme, pesante 2 kgr. 500, morte à 8 mois de méningite ?

Sixième gestation : en 1915, un garçon né à terme, pesant 4 kgr. 700, mort à 8 mois de méningite ?

Septième gestation : en 1919, une fille née à terme, pesante 2 kgr. 100, a de l'albuminurie ?

Huitième gestation : en 1921, une fille née à 8 mois, pesante 2 kgr. 250, enfant débile.

Neuvième gestation : en 1923, une fille née à 7 mois 1/2, pesante 1 kgr. 250 ; une véritable vieille, avec des lésions syphilitiques en nature.

Examen clinique. — Tête : petite.

Front, nez et yeux : rien de particulier.

Dents : bonne dentition.

Oreilles : lobules adhérents. Sur le cou, et le corps, pas de taches achromiques (leucoderme) pas de taches pigmentées (syphilis-pigmentaire) ; pas de taches atrophiques ou cicatrices suspectes. Pas de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, pas de plaques muqueuses, pas de leucoplasies ou autre signe suspect.

Langue : pas de plaques muqueuses, pas de fissures, pas de cicatrices, ni de leucoplasies.

Amygdales : pas de plaques muqueuses ou autre signe suspect.

Organes génitaux. — Pas la moindre écorchure, pas de leucoplasies, pas de taches pigmentées, ni de cicatrices suspectes. Pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Wassermann dans le sang nous a donné un résultat négatif.

III. — GRANDS-PARENTS (Probablement syphilitiques)

4° Les grands-parents paternels et maternels sont morts, mais d'après le dire de leurs enfants, ils étaient syphilitiques.

Remarque. — L'hérédosyphilis des deux géniteurs explique la polymortalité de leurs enfants, et l'activité de la maladie chez les survivants (dont un est presque idiot, un autre a eu la maladie de Parrot avec une R. W. positive, un autre a de l'albumine dans les urines, et a une R. W. positive et le dernier a des lésions en nature).

OBSERVATION X (personnelle)

(Service du Dr Marcel Pinard, consultation
des maladies héréditaires de la clinique Baudeloque.)

I. — PETIT-FILS (hérédo-syphilitique de 2^e génération).

Mlle C. P..., âgée de 14 ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché à 15 mois. A l'âge de 4 ans, elle a eu mal aux yeux et aux oreilles. Actuellement, elle n'entend pas bien et ne voit pas clair de l'œil gauche. A eu aussi la rougeole et la varicelle. Elle n'est pas encore réglée; depuis son enfance elle souffre de maux de tête, et est très nerveuse.

Examen clinique. — Front : bombé. Déviation de la cloison du nez. Lobules des oreilles soudés.

Dents : écartement des incisives médianes supérieures (signe de Gaucher) ; incisives latérales petites. Incisives inférieures crénelées à leur bord libre (dents en scie).

Langue : rien de pathologique. Pas de moindre signe de syphilis acquise.

La séro-réaction de Hecht a donné un résultat positif (1/2, 3/4).

G. P..., âgée de 7 ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché à 15 mois. Etant petite a eu presque toutes les maladies de l'enfance, a été opérée pour végétations du nez.

Examen clinique. — Fille bien constituée.

Visage pâle.

Muqueuses décolorées.

Dents : Incisives supérieures et inférieures crénelées à

leur bord libre (dents en scie) ; l'incisive latérale inférieure droite est tombée depuis un an et n'a pas repoussé.

Langue : glossite exfoliative marginée.

Pas de signe de syphilis acquise.

La séro-réaction de Hecht a donné un résultat positif (1/2, 1/2).

Antécédents collatéraux. — Le frère de nos petites malades, F.P..., âgé de 13 ans, a marché et a parlé à 23 mois, jusqu'à l'âge de 5 ans il souffrait beaucoup, à cause de la persistance du trou de Botal. Jusqu'à 8 ans, a uriné au lit (incontinence d'urine), ce petit garçon souffre de maux de tête depuis son enfance. Un autre frère plus jeune, M. P..., âgé de 8 ans, a marché à 15 mois et souffre depuis cinq ans de l'estomac et du foie, jusqu'à présent a eu plusieurs ictères.

II. — GÉNITEURS

Père. — M. P..., âgé de 38 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est actuellement vivant, mais il se plaint toujours de maux de tête. Sa mère est morte à 46 ans d'une maladie du cœur ?

D'après le dire de son fils, elle n'a pas eu de fausses couches ou d'autre enfant.

Antécédents personnels. — Né à terme, a marché trop tard, étant petit était toujours chétif et anémique. Il a eu de l'incontinence d'urine, jusqu'à l'âge de 15 ans.

Examen clinique. — Tête : petite.

Front : légèrement bombé.

Nez : déviation de la cloison.

Oreilles : pavillons malformés, lobules soudés.

Dents : mauvaise dentition, éminence mamillaire de la face

interne des premières molaires supérieures (tubercule de Carabelli).

Sur le cou et le corps, pas de taches achromiques (leucoderme) ou pigmentées (syphilis-pigmentaire) ni de taches atrophiques ou cicatrices suspectes. Pas de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues, pas d'érosions suspectes, ni de leucoplasies. Sur la langue, pas de plaques muqueuses ou de fissures, pas de cicatrices ou leucoplasies.

Amygdales : pas d'érosions ou autre signe suspect.

Organes génitaux. — Pas la moindre écorchure ou tache pigmentée, pas de cicatrices ou de leucoplasies. Pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Wassermann a donné un résultat négatif.

Mère. — Mme P..., âgée de 36 ans, adressée à notre consultation pour plusieurs avortements antérieurs ; actuellement enceinte.

Antécédents héréditaires. — Son père est bien portant. Sa mère est actuellement *paralysée* du côté droit. Une des sœurs de Mme P..., mariée avec un homme sain, a eu six fausses couches, non provoquées, sur sept gestations.

La septième gestation a donné un enfant né à terme, actuellement vivant mais chétif et débile.

La mère de Mme P... a perdu deux enfants en bas âge, un à 3 mois, et un autre à 4 mois.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein maternel, a marché à 13 mois.

Premières dents, à 14 mois, dans son enfance, elle a eu des convulsions, la rougeole et la coqueluche. Réglée à 13 ans, est mariée à 21 ans. De son mariage, elle a eu 9 gestations.

Première gestation : en 1909, une fille née à terme, pesante 2 kgr. 250, actuellement vivante.

Deuxième gestation : en 1910 un garçon né à terme, pesant 2 kgr. 250, avec persistance du trou de Botal, actuellement vivant.

Troisième gestation : en 1912, une fille née à terme, pesante 3 kgr. 250, morte à 11 mois de congestion cérébrale, avec paralysie du côté droit.

Quatrième gestation : en 1915, un garçon né à terme, pesant 3 kgr. 500, actuellement vivant, mais souffrant d'une maladie de foie.

Cinquième gestation : en 1910, une fille née à terme, pesante 3 kgr., actuellement vivante.

Sixième gestation : en 1918, une fausse couche spontanée de 3 mois.

Septième gestation : en 1920, une fausse couche non provoquée de 3 mois.

Huitième gestation : en 1921, une fausse couche spontanée de 3 mois.

Neuvième gestation : actuelle. Dernières règles le 28 décembre 1922, enfant vivant.

Examen clinique. — Asymétrie faciale, déviation de la cloison du nez. Mauvaise dentition, la plupart des dents sont déjà tombées, et les autres sont usées.

Sur le cou et le corps, pas de taches achromiques (leucoderme) ni pigmentées (syphilis-pigmentaire), ni atrophiques,

pas de cicatrices suspectes. Pas de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, pas d'érosions suspectes, ni de leucoplasies.

Langue : glossite exfoliative marginée, mais pas de fissures ou cicatrices, ni de leucoplasies.

Amygdales : pas d'érosions, ou autre signe suspect.

Organes génitaux. — Pas d'érosions, pas de taches pigmentées, ou cicatrices, pas de leucoplasies, pas de ganglions inguinaux.

Réflexes : rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Hecht, a donné un résultat négatif.

III. — GRANDS-PARENTS

Le grand-père maternel est encore vivant et bien portant.

La grand' mère maternelle est encore vivante mais paralysée, du côté droit (hémiplegie droite). Elle a perdu deux enfants en bas âge, un à trois mois et un autre à quatre mois.

Le grand-père paternel est vivant encore, mais il souffre depuis longtemps de maux de tête.

La grand'mère paternelle est morte à 46 ans d'une maladie du cœur.

OBSERVATION XI (personnelle)

(Consultation des maladies héréditaires

de la clinique Baudeloque

Service du D^r Marcel Pinard (2.306-404 bis.)

I. — PETIT-FILS (Hérédosyphilitique de 2^e génération.)

1^{re} Fillette née à 7 mois et demi, pesant 850 grammes, élevée aux Enfants-Débiles, a marché très tard, actuelle-

ment est bien portante mais elle a un très mauvais caractère, et elle est très nerveuse.

Examen clinique. — Enfant bien constituée.

Nez : légèrement écrasé à la base.

Dents : canines, particulièrement aiguës. Pas d'autre stigmate hérédo-syphilitique. Face pâle. Muqueuses décolorées. Pas de signes de syphilis acquise.

La séro-réaction de Wassermann pratiquée chez elle dans le sang a donné un résultat *positif*.

II. — GÉNITEURS (Hérédo-syphilitiques)

2^e Père. — M. M. âgé de 26 ans, est sourd-muet de naissance.

Antécédents héréditaires. — M. M... est l'enfant unique de ses parents, qui sont morts.

Antécédents personnels. — Il a été élevé dans un asile de sourds-muets, jusqu'à l'âge de 6 ans, avait de l'incontinence d'urine.

Examen clinique. — Squelette bien constitué. Dents : dentition mauvaise avec érosion des incisives supérieures. Oreilles : surdité, lobules soudés. Front, nez et yeux : normaux. Sur le cou et le corps, pas de taches achromiques (leucoderme) pas de taches pigmentées (syphilis pigmentaire). Pas de taches atrophiques, ni de cicatrices suspectes. Pas de ganglions cervicaux ni épitrochléens.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, pas de plaques muqueuses, ni de leucoplasies.

Langue : pas de plaques muqueuses ou de fissures ni de cicatrices suspectes, pas de leucoplasies.

Amygdales : pas d'érosions suspectes.

Organes génitaux. — Pas d'écorchures ou érosions, pas de taches pigmentées ou cicatrices, ni de leucoplasies, pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Wassermann a donné un résultat négatif.

3^e Mère. — Mme M..., âgée de 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 63 ans, sa mère a eu 4 gestations, deux enfants morts en bas âge et une fausse couche.

Antécédents personnels. — Née à terme, pèse 3 kilos à la naissance, a marché à 13 mois. Premières dents à 14 mois. Dans l'enfance, elle a eu la rougeole. Sourde-muette de naissance.

Réglée à 13 ans 1/2, est mariée à 24 ans.

De son mariage, elle a eu notre petite malade qui est née à 7 mois 1/2.

Examen clinique. — Squelette bien constitué.

Dent : tubercule de Carabelli, incisives latérales supérieures atrophiées.

Oreilles : surdité depuis la naissance, lobules soudés. Sur le cou et le corps, elle ne présente ni taches achromiques (leucoderme) ni taches atrophiques ou pigmentées (syphilis-pigmentaire). Pas de cicatrices suspectes ni de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Muqueuse de la bouche : pas d'érosions suspectes, ou de leucoplasies, sur la face interne des joues et des lèvres.

Langue : pas d'érosions suspectes, de fissures ou de cicatrices, pas de leucoplasies.

Amygdales : pas d'érosions suspectes.

Organes génitaux. — Pas d'écorchures ni d'érosions, pas de taches pigmentées, ni cicatrices. Pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Wassermann a donné un résultat négatif.

III. — GRANDS-PARENTS (probablement syphilitiques.)

4° Grand-père et grand'mère paternels : sont morts de maladie inconnue, mais ils étaient probablement syphilitiques.

5° Le grand-père maternel : syphilitique, est mort à 69 ans d'une maladie de poitrine.

6° La grand'mère maternelle, actuellement vivante, est bien portante. De son mariage, elles a eu quatre gestations.

Première gestation : une fille née à terme, morte à 5 ans.

Deuxième gestation : la mère de notre petite malade (sourde-muette).

Troisième gestation : un garçon mort à 9 mois.

Quatrième gestation : une fausse couche de 3 mois.

OBSERVATION XII (personnelle)

Consultation des maladies héréditaires de la clinique Baudeloque (Service du Dr Marcel Pinard, 2.307-43 2 bis).

I. — PETIT-FILS (hérédo-syphilitique de 2^e génération).

R. P..., âgé de 15 ans, vient nous consulter pour une paralysie faciale.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme, a marché à 16 mois, dans l'enfance, a eu la rougeole et la coqueluche ; jusqu'à l'âge de 6 ans, a uriné au lit.

Histoire de la maladie. — Début brusque, le 22 juin dans la soirée, impossible de siffler, le lendemain, on remarque la paralysie faciale.

Examen clinique. — Actuellement, aspect classique de la paralysie faciale gauche, *plis effacés à gauche.*

Bouche déviée à droite. *Inocclusion* de la paupière gauche, signe de Ch. Bell. Pas de phénomène douloureux.

Tête : volumineuse.

Bosses frontales : très accentuées.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

Pas de signe de syphilis acquise.

La séro-réaction de Hecht a donné un résultat positif.

Antécédents collatéraux. — A un autre frère plus jeune qui a marché aussi tard, et présente des stigmates hérédosyphilitiques.

II. — GÉNITEURS (hérédosyphilitiques).

2° Père : M. T..., âgé de 45 ans, marié à 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 38 ans, sa mère est encore vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, n'a pas eu d'autre maladie que l'anémie. Actuellement souffre de l'asthme.

Examen clinique. — Squelette : bien constitué. Légère asymétrie faciale. Déviation de la cloison du nez. Mauvaise dentition, mais pas de stigmates dentaires spécifiques. Voûte ogivale. Sur le cou et le corps, pas de taches achro-

miques (leucoderme), atrophiques et pigmentées (syphilis pigmentaire). Pas de cicatrices suspectes.

Pas de ganglions cervicaux ni épitrochléens.

Muqueuse de la bouche. — Pas de leucoplasies ni érosions suspectes sur la face interne des joues et des lèvres. Pas de plaques muqueuses, ni fissures ou cicatrices suspectes ni leucoplasies sur la langue.

Pas d'érosions suspectes sur les amygdales.

Organes génitaux. — Pas la moindre écorchure sur la verge. Pas de cicatrices suspectes ou de taches pigmentées. Pas de leucoplasies. Pas de ganglions inguinaux.

Réflexes rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Hecht a donné un résultat légèrement positif (3/4).

Mère, âgée de 38 ans.

Antécédent héréditaires. — Son père et sa mère sont morts de la paralysie générale, une autre sœur est morte à 15 mois.

Antécédents personnels. — Née à terme a marché très tard, dans l'enfance a eu mal au lèvres. Réglée à 14 ans. De son mariage, a eu 2 gestations, elle n'a pas eu de fausses couches ni d'enfants morts en bas âge.

Examen clinique. — Squelette bien constitué. Lobules des oreilles squadés. Inégalité pupillaire (mydriase gauche) ; cicatrices commissurales radiées très nettes. Mauvaise dentition ; elle n'a presque plus de dents.

Sur le cou et le corps, pas de taches achromiques (leucoderme), pas de taches atrophiques ni pigmentées (syphilis pigmentaire). Pas de cicatrices, pas de ganglions cervicaux ni épitrochléens.

Muqueuse de la bouche. — Pas d'érosions suspectes, ni de leucoplasies sur la face interne des joues et des lèvres. Pas de plaques muqueuses, ni fissures ou cicatrices ni de leucoplasies sur la langue. Pas de plaques muqueuses sur les amygdales.

Organes génitaux. — Pas d'érosions suspectes ou cicatrices. Pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Hecht a donné un résultat négatif.

III. — GRANDS-PARENTS (syphilitiques)

4° Les grands-parents maternels sont morts de paralysie générale.

5° Le grand-père paternel est mort à 38 ans, subitement.

6° La grand'mère paternelle est encore vivante. De son mariage a eu 2 gestations. L'un de ses enfants, le père de notre malade, présente des stigmates hérédosyphilitiques. L'autre enfant, une fille, est mariée, mais n'a pas eu d'enfants.

OBSERVATION XIII (personnelle)

(Consultation des maladies héréditaires
de la Clinique Baudeloque.

Service du Dr Marcel Pinard 2.307-438 bis.)

I. — PETIT-FILS (hérédosyphilitique de 2^e génération)

La jeune fille A ..., âgée de 10 ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché très

tard, bien qu'ayant été opérée des végétations du nez res-
pire encore la bouche ouverte.

Antécédents collatéraux. — Une sœur de notre jeune
malade (la seule survivante), souffre actuellement du mal
de Pott.

Examen clinique. — Visage pâle. Muqueuses décolorées.
Tête: volumineuse. Asymétrie faciale. Lobules des oreilles
soudés, pavillons mal formés. Aplatissement de la base du
nez (nez en selle)

Dents : incisives médianes supérieures mal plantées, et
crénelées à leur bord libre (dents en scie).

Yeux : Inégalité pupillaire (mydriase gauche).

Abdomen proéminent. *Axyphoidie.*

Réflexes : rotuliens et achilléens : normaux.

Pas de signes de syphilis acquise.

La séro-réaction de Wassermann pratiquée chez elle a
donné un résultat *négatif*.

Remarque. — Malheureusement notre jeune malade
n'est pas revenue pour pratiquer la réaction de Des-
moulières et de Hecht qui sont plus sensibles que
celle de Wassermann.

II. — GÉNITEURS (Mère hérédosyphilitique)

2^e Mme A..., âgée de 34 ans. Adressée à notre consul-
tation pour 4 enfants morts en bas âge.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 57 ans
d'artériosclérose.

Sa mère est encore vivante et bien portante.

Antécédents collatéraux. — Une sœur de Mme A... a perdu

7 enfants en bas âge, sur 8 nés à terme vivants. Le seul survivant est *chétif*.

Antécédents personnels. — Mme A... n'a eu aucune maladie de l'enfance, d'après son dire.

Réglée à 14 ans, mariée à 21 ans. De son mariage a eu 6 gestations.

Première gestation en 1913 : notre jeune malade née à terme.

Deuxième gestation : un garçon mort à 6 semaines.

Troisième gestation : une fille née à terme actuellement souffrante du mal de Pott.

Quatrième gestation : un garçon mort à 11 mois de méningite tuberculeuse.

Cinquième gestation : un garçon mort à 6 semaines de méningite tuberculeuse.

Sixième gestation : un garçon mort à 3 mois de méningite tuberculeuse.

Mme A... souffre depuis son enfance de maux de tête constants.

Examen clinique. — Squelette : bien constitué.

Visage : pâle.

Muqueuses décolorées.

Tête : grande. Lobules des oreilles soudés. Cicatrices radiées commissurales surtout à droite. Pas de stigmates dentaires. Sur le cou et le corps, pas de taches achromiques (leucoderme) ou pigmentées (syphilis pigmentaire) ni de taches atrophiques ou cicatrices suspectes. Pas de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Muqueuse de la bouche : pas d'érosions suspectes ni de leucoplasies sur la face interne des joues et des lèvres. Sur la

langue, pas de plaques muqueuses ou de fissures, pas de cicatrices ou de leucoplasies.

Amygdales : pas la moindre érosion suspecte.

Organes génitaux. — Pas d'érosions suspectes, pas de taches pigmentées, pas de cicatrices ou de leucoplasies. Pas de ganglions *inguinaux*.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens : normaux.

La séro-réaction de Wassermann pratiquée chez elle a donné un résultat *négatif*.

3^e Père. — M. A..., âgé de 45 ans, toujours bien portant.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont vivants et bien portants.

Sa mère n'a pas eu de fausses couches ou d'enfants morts en bas âge.

Antécédents personnels. — M. A..., est traité plusieurs fois pour ulcères variqueux à l'hôpital Saint-Louis, au service de notre maître, Milian. Les différentes séro-réactions pratiquées chez lui dans le même service, ont toujours donné un résultat *négatif*.

Examen clinique. — Squelette : bien constitué. Pas de stigmates hérédo-syphilitiques.

Sur le cou et le corps, pas de taches achromiques (leuco-derme) ou pigmentées (syphilis pigmentaire), ni de taches achromiques ou cicatrices suspectes. Pas de ganglions cervicaux ou épitrochléens.

Sur la face interne des jambes, hyperpigmentation en nappe.

Muqueuse de la bouche. — Sur la face interne des joues et des lèvres, pas d'érosions suspectes ou de leucoplasies.

Sur la langue, pas de plaques muqueuses, pas de fissures, pas de cicatrices ni de leucoplasies.

Amygdales. — Pas d'érosions suspectes.

Organes génitaux. — Pas la moindre écorchure, pas de taches pigmentées pas de cicatrices ni de leucoplasies. Pas de ganglions inguinaux.

Réflexes. — Rotuliens et achilléens ; normaux.

La séro-réaction de *Hecht* a donné un résultat *négatif*.

III. — GRANDS-PARENTS

(Grand-père maternel syphilitique.)

4° Les grands-parents paternels sont encore vivants et bien portants.

5° Le grand-père maternel est mort à 57 ans. D'après le dire de sa fille, était syphilitique. La grand'mère maternelle est encore vivante et en apparence bien portante.

Certes, le nombre de nos observations n'atteint pas celui de M. Ed. Fournier, mais il nous semble qu'elles sont incontestables. Or, pour nous, une seule observation incontestable a plus de valeur que cent observations contestées. Si le fait se présente une fois de la manière que nous le supposons, nous n'en demandons pas davantage. La syphilis héréditaire de seconde génération est donc indéniable. Cette conclusion résulte logiquement des observations que nous avons pu recueillir. Nous croyons que les arguments des contradicteurs de la syphilis héréditaire de deuxième génération ne peuvent sans aucun doute, plus être maintenus actuellement.

On ne peut pas nous dire aujourd'hui que, pour qu'il y ait une contamination de la troisième génération par le virus syphilitique, il est indispensable que l'hérédo-syphilitique de la première génération ou sa femme aient contracté une syphilis acquise. On ne peut pas dire actuellement que le chancre syphilitique est passé inaperçu chez l'un des deux géniteurs des hérédo-syphilitiques de seconde génération, sans laisser une infiltration légère des tissus à sa place, ni même une pigmentation ni une adénopathie satellite, qui est la règle. On ne peut non plus nous dire que les accidents secondaires ont été méconnus par les malades, malgré l'absence d'adénite généralisée, même malgré l'impossibilité de trouver aucune trace d'un exanthème préalable sur la peau et les muqueuses des malades (syphilis pigmentaire, leucoderma, taches atrophiques, cicatrices et leucoplasies des muqueuses, etc...) Nous répétons que les contradicteurs de la doctrine de la syphilis héréditaire de seconde génération ne peuvent aujourd'hui faire usage de leurs anciens arguments, quand ils se trouvent devant des géniteurs qui, outre l'absence de tout signe suspect d'une syphilis acquise, présentent une réaction de Wassermann négative. Grâce à cette réaction, qui est un des grands progrès de notre siècle, nous croyons avoir renversé les derniers arguments des contradicteurs de la syphilis héréditaire de seconde génération.

La négativité de la R. W. du sang chez les gén-

teurs des hérédosyphilitiques de seconde génération est due probablement à l'atténuation temporaire de la toxicité du virus syphilitique, qui souvent a déjà subi en dehors de l'influence des humeurs de l'organisme, l'influence d'un traitement spécifique insuffisant.

Tout nous porte donc à admettre que le père ou la mère hérédosyphilitique de la première génération peut donner naissance à un enfant, hérédosyphilitique de seconde génération, sans que l'un d'eux ait contracté une syphilis acquise, c'est-à-dire à admettre l'existence réelle de la syphilis héréditaire de seconde génération.

L'hérédité paternelle dans la syphilis de seconde génération

Nous avons déjà dit que beaucoup de syphiligraphes, parmi lesquels notre maître Ehrmann de Vienne, n'admettent pas l'hérédité paternelle de la syphilis héréditaire de seconde génération. Selon ces auteurs, un père hérédosyphilitique ne peut pas engendrer un enfant hérédosyphilitique de seconde génération si la mère est indemne de syphilis acquise ou héréditaire.

En ce qui concerne l'hérédité syphilitique exclusivement paternelle, elle a été établie dès 1888 par plusieurs syphiligraphes de premier ordre en se basant sur une série d'observations cliniques probantes et démonstratives. Ces preuves cliniques ont

entraîné la conviction d'un grand nombre d'auteurs parmi lesquels Bazin, Diday, Barthélémy, Ricord, Fournier et bien d'autres. Riocreux en 1888, dans sa thèse très importante, en se basant sur un grand nombre d'observations, conclut que « la transmission héréditaire de la syphilis du père à l'enfant, la mère paraissant saine est un fait indéniable ». Enfin, Gaucher écrivait, en 1916, dans les *Annales des Maladies vénériennes* que « l'hérédité syphilitique exclusivement paternelle est indéniable ». D'après nos observations II, IV et VII, l'hérédo-syphilis exclusivement paternelle dans la syphilis héréditaire de seconde génération existe, c'est-à-dire qu'un père hérédo-syphilitique peut engendrer un enfant hérédo-syphilitique, bien que la mère de cet enfant soit indemne de syphilis acquise ou héréditaire.

La contamination doit être, dans un grand nombre de cas, spermatique. En effet, nous savons, depuis que Finger a pu inoculer la syphilis à des singes avec du sperme d'individus syphilitiques sans lésions apparentes du testicule, que la présence du spirochète dans le sperme des individus syphilitiques est beaucoup plus fréquente qu'on le croyait autrefois. Nous savons aussi que Pinard a trouvé des spirochètes dans le sperme. De plus, tout récemment, Noguchi prétend avoir réussi à inoculer expérimentalement la syphilis avec du sperme filtré (et par conséquent sans spirochètes sous la forme connue) dans lequel il avait constaté microscopiquement la présence de spirochètes avant la filtration. Cet au-

teur conclut, en se basant sur son expérimentation, que la forme définitive du spirochète que nous connaissons n'est que transitoire, c'est-à-dire que le spirochète possède, en dehors de la forme ordinaire que nous connaissons, une forme primitive pendant un certain temps et qui nous échappe jusqu'à présent. Ajoutons que Mac Donagh et, après lui, d'autres auteurs avaient déjà émis cette hypothèse.

Si l'expérimentation de Noguchi est exacte, nous sommes obligés d'admettre aujourd'hui l'ancienne hypothèse de Mac Donagh c'est-à-dire que la forme connue du spirochète n'est que transitoire. En dehors de sa grande valeur scientifique, l'expérience de Noguchi nous permet de concevoir facilement la syphilis héréditaire d'origine spermatique et nous explique son évolution toute particulière.

La loi de Colles-Baumès dans l'hérédo-syphilis (primaire et seconde)

La célèbre loi de Colles Baumès d'après laquelle « une mère ayant porté dans son sein un enfant syphilitique, qui doit l'infection au sperme du père, ne contracte pas généralement, en nourrissant son propre enfant la maladie syphilitique, comme pourrait la contracter une nourrice étrangère » est valable pour la syphilis héréditaire de seconde génération. Il est reconnu à l'heure actuelle que la mère ne contracte pas la syphilis de son nourrisson, tout simplement parce qu'elle est déjà syphilitique elle-même.

Ce fait est confirmé dans une de nos observations (obs. pers. II) — dans laquelle la mère d'un de nos petits malades a montré une R. W. = $7/8$ légèrement positive, bien qu'elle ne fût pas hérédosyphilitique et qu'elle n'eût pas contracté une syphilis acquise. Ce fait prouve une fois de plus, que l'hérédité exclusivement paternelle de la syphilis est indiscutable même dans la troisième génération (syphilis héréditaire de seconde génération).

La syphilis conceptionnelle chez les hérédosyphilitiques (de première et deuxième génération).

De ce que nous avons dit précédemment, il résulte qu'on doit admettre la possibilité d'une syphilis conceptionnelle d'origine héréditaire, c'est-à-dire qu'une femme saine, mariée avec un homme hérédosyphilitique, peut contracter la maladie héréditaire de son mari par conception. Cette possibilité se confirme dans une de nos observations personnelles (obs. II pers.) où un hérédosyphilitique sans aucun signe de syphilis acquise et avec une R. W. négative, marié avec une femme saine sans aucun signe suspect de syphilis acquise ou héréditaire a pu contaminer sa femme par conception, ce qui est bien démontré par la réaction du Hecht qui est légèrement positive. Notons que cette jeune femme n'a jamais eu le moindre exanthème sur son corps, qu'elle était toujours restée saine en apparence, jus-

qu'au moment où la réaction du sang a montré que celui-ci était contaminé par le virus syphilitique. Ce mode de contamination semble ne pas être rare, au moins dans les cas où le père est syphilitique et non hérédo-syphilitique. Diday a émis le premier l'idée d'une syphilis conceptionnelle, et après lui cette hypothèse fut adoptée par Fournier après avoir observé un grand nombre de faits qui ne laissaient aucun doute sur la transmission possible de la syphilis du fœtus à la mère in utero. Mulzer a pu démontrer expérimentalement en 1912 que le tréponème peut transverser le placenta chez le lapin. Nous connaissons depuis longtemps des faits d'observation clinique qui montrent que la contamination des fœtus par la voie placentaire est très fréquente. Nous ne pouvons pas comprendre dans ce cas, pourquoi le virus syphilitique aurait la possibilité de passer de la mère au fœtus et non du fœtus à la mère. La question de la syphilis exceptionnelle est étroitement liée à celle de l'hérédité paternelle. Si cette dernière existe indiscutablement comme nous le croyons, avec la plupart des auteurs, la syphilis conceptionnelle doit aussi exister. Quelle que soit son origine, syphilitique ou hérédo-syphilitique, elle fut mal connue par les anciens auteurs. En effet, autrefois on qualifiait de syphilis conceptionnelle la syphilis qui apparaissait chez la femme enceinte sans porte d'entrée apparente. Il est très probable que dans ces cas, d'ailleurs rares, il s'agissait de syphilis ordinaire dans laquelle le chancre syphilitique a passé inaperçu

à cause de sa localisation (chancre syphilitique de la muqueuse utérine, chancre tubaire, chancre du péritoine) et non pas de syphilis conceptionnelle.

Diday dans le cas de syphilis des femmes enceintes sans chancre visible, supposait que le sperme fécondant au lieu d'agir sur l'ovule, commençait par infecter la mère en se mettant en contact avec la muqueuse utérine, tubaire, ou avec le péritoine, sur lesquels apparaissait l'accident primitif, lequel par conséquent restait invisible. L'ancienne hypothèse de Diday est très vraisemblable, elle est conforme à la clinique et explique d'une façon parfaite pourquoi le chancre syphilitique est si souvent introuvable chez les femmes. Cette forme de syphilis quoique débutant par un accident primitif invisible évolue normalement et est suivie, dans les délais ordinaires, d'accidents secondaires. C'est pourquoi nous croyons que les cas publiés autrefois par les anciens auteurs comme cas de syphilis conceptionnelle, n'étaient que des cas de syphilis directe de la mère avec accident primitif invisible à cause de sa localisation. Par contre, il y a des cas où la femme reste saine en apparence (comme dans notre cas) non seulement pendant la grossesse qui se termine la plupart des cas par une fausse couche précoce, mais encore longtemps après celle-ci. Dans ces cas les anciens auteurs croyaient que la mère n'était pas infectée. Nous savons aujourd'hui, grâce à la R. W., que la mère est presque toujours malade. Cependant, l'évolution de la maladie n'est pas celle de la syphilis

ordinaire, avec un accident primitif visible ou invisible. Elle ne s'accompagne pas d'accidents secondaires. Il est très vraisemblable que dans ces cas, la femme s'infecte par le fœtus primitivement syphilitique, mais que en même temps le fœtus lui fournit une certaine immunité grâce à laquelle l'évolution de l'affection prend le caractère particulier de la syphilis conceptionnelle. Cette explication des faits correspond à l'évolution de la maladie.

La gravité de la syphilis héréditaire de deuxième génération au point de vue de la descendance.

En ce qui concerne la gravité de la syphilis héréditaire de seconde génération, voici quel est le résultat de l'étude de nos observations personnelles, au point de vue de la descendance.

Les 13 ménages de nos observations, ont donné 45 grossesses qui aboutirent à :

9 avortements.

9 enfants morts en bas âge.

27 enfants vivants.

Sur ces 27 enfants vivants, il est à noter que 2 enfants sont sains (dont la mère est traitée pendant la grossesse préventivement) et 25 tarés, dont la plupart avaient de plus une réaction de Wassermann positive, et un était atteint de syphilis virulente en outre, de dystrophies. Par ces chiffres, on voit que l'hérédo-syphilis de seconde génération non soignée, est aussi grave que l'hérédo-syphilis primaire.

LES DIVERSES MODALITÉS CLINIQUES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DE SECONDE GÉNÉRATION

Quelles sont les diverses modalités cliniques de l'hérédo-syphilis de seconde génération ?

En 1905, Edmond Fournier a étudié ce que donnaient les observations de 116 ménages entachés à différents degrés de syphilis héréditaire au point de vue de la descendance. Voici quel est le résultat de cette étude :

Ces 116 ménages ont donné : 367 grossesses qui aboutirent à 118 avortements, 59 morts, 192 enfants vivants. Sur ces 192 enfants vivants, il a noté : 31 enfants sains et 161 tarés, dont 28 étaient atteints de syphilis virulente, en outre des dystrophies.

L'influence du père et de la mère aurait été, d'après Edmond Fournier, à peu près identique.

Cette influence s'établit, d'après lui, de la façon suivante :

Dix ménages (où l'homme est hérédo-syphilitique) donnent 33 grossesses, dont : 16 fausses couches, 17 enfants vivants : dont 15 tarés, 2 sains.

Dix ménages (où la femme est hérédo-syphilitique) donnent 31 grossesses : 16 fausses couches, 15 enfants vivants : dont 12 tarés, 3 sains.

Par ces chiffres, on voit que l'hérédo-syphilis de seconde génération, non soignée, est presque aussi grave que l'hérédo-syphilis primaire.

Transmission de l'hérédo-syphilis de seconde génération

L'hérédo-syphilis de seconde génération se transmet comme celle de première génération, sous deux formes, d'après Fournier :

- 1° Syphilis dystrophique ;
 - 2° Syphilis virulente ou syphilis en nature ;
- Milian y a ajouté une troisième forme :
- 3° Syphilis muette.

1° SYPHILIS DYSTROPHIQUE

Le mot syphilis dystrophique a été créé par Edmond Fournier. Pour lui, les hérédo-syphilitiques porteurs des dystrophies ont reçu de leurs parents non pas la syphilis en nature, mais une série de malformations produites, non par le tréponème lui-même, mais par ses produits de sécrétion, les toxines. D'après Fournier, ces toxines passent à travers le placenta de la mère, et donnent lieu à des malformations, à des dystrophies.

Ce mode d'atteinte de la descendance a été démontrée, pour le vacille pyocyanique par Charrin, mais il ne l'a pas été pour le tréponème. D'après Milian, la plupart des signes considérés comme dystro-

phiques sont des signes de syphilis virulente, mais très atténuée. Le plus bel exemple des dystrophies que l'on puisse imaginer, dit-il, ce sont les bosses frontales. On considère avec Fournier que c'est une malformation définitive, alors qu'en réalité ce n'est pas autre chose qu'une syphilis faiblement virulente. C'est une malformation où le tréponème pulule. On s'en rend compte sur les crânes des nourrissons morts hérédosyphilitiques. On voit une périostite subaiguë localisée à la région des bosses frontales. La déformation est, en réalité, une exostose plate. Si, chez un enfant atteint de ces bosses frontales on ne fait pas de traitement spécifique, sous prétexte qu'il s'agit de syphilis dystrophique définitive, on peut voir tous les jours le crâne augmenter de volume et la déformation s'accroître. Si, au contraire on institue le traitement spécifique on voit cette malformation diminuer d'intensité.

Milian distingue deux types de syphilis dystrophique atténuée :

a) La syphilis directe, dans laquelle le tréponème intervient directement sur l'organe, donnant par exemple les bosses frontales.

b) La syphilis indirecte dans laquelle les malformations surviennent par suite de l'altération primitive syphilitique d'un organe (corps thyroïde, surrénales, hypophyse, etc...) autrement dit : syphilis des glandes endocrines. Elle est très fréquente dans l'hérédosyphilis de seconde génération. La dégénérescence du testicule amène l'infantilisme.

La pathogénie des dystrophies de la syphilis indirecte a été très discutée. M. Fournier les considérait comme étant des lésions directement syphilitiques et il attachait au traitement antisiphilitique une importance capitale.

Pour Hutinel, ce sont des lésions secondaires, c'est-à-dire que la syphilis a d'abord touché les glandes endocrines par le tréponème.

2° SYPHILIS VIRULENTE

En 1904, c'est-à-dire un an avant la découverte du tréponème par Schaudinn et Hoffmann, Fournier admettait la possibilité d'une syphilis héréditaire de seconde génération virulente, mais il ajoutait qu'il considérait cette virulence comme exceptionnelle. « La syphilis de seconde génération, dit-il, se traduit parfois par des symptômes virulents, mais cela d'une façon infiniment plus rare et dans une proportion que, suivant mes observations, je puis évaluer à 14 0/0 ».

Le 28 juin 1922, Milian disait qu'il est très difficile de démontrer l'existence de la syphilis virulente dans l'hérédo-syphilis de seconde génération quand il n'y a pas d'accidents typiques (en activité) visibles sur la peau ou les muqueuses, parce que le tréponème passant par l'organisme des premiers et seconds géniteurs a perdu une partie de sa virulence (au moins momentanément) avant de toucher l'organisme de l'hérédo-syphilitique de seconde génération

et pour cette raison les manifestations syphilitiques deviennent chez lui moins apparentes.

Cependant, ajoutait M. Milian, il n'en est pas toujours ainsi et il est possible, de temps à autre, de voir des accidents syphilitiques en nature chez les hérédo-syphilitiques de seconde génération.

3° SYPHILIS MUETTE

La dernière forme de transmission de la syphilis héréditaire, de première comme de seconde génération, a été étudiée par mon excellent maître Milian. Il l'a nommée muette, parce qu'elle ne se manifeste par aucun symptôme clinique objectif, ou reste telle pendant des années, dix ans, quinze ans après la naissance et quelquefois plus, pour se révéler un beau jour par un accident syphilitique classique ou par un accident viscéral quelconque dont la nature syphilitique n'est pas encore admise par tous les médecins. Edmond Fournier dit, dans son livre sur la syphilis héréditaire, que le nouveau-né qui vient au monde apportant une expression manifeste de son hérédité (en nature ou dystrophique) est bien heureux parce qu'à la suite de cette constatation, on le soumettra immédiatement à un traitement spécifique. Par contre, bien infortuné est celui qui vient en apparence sain, indemne de toute tare héréditaire. On le laissera grandir sans le soumettre à aucun traitement spécifique, jusqu'au jour parfois très lointain où un accident subit, grave, d'insuffisance rénale,

hépatique, cardiaque, etc., viendra se révéler, souvent trop tard pour être efficacement combattu.

En effet, beaucoup des descendants d'un syphilitique sont en apparence sains, à la première ou la seconde génération, mais malgré qu'ils ne présentent pas le moindre symptôme de syphilis ni même le moindre stigmate dit dystrophique (stigmate dentaire, malformations du crâne, du nez, cicatrices radiées des lèvres, etc...) beaucoup d'entre eux hébergent le tréponème dans leur organisme. La R. W. est capable de révéler l'existence du tréponème dans ces organismes, en apparence sains, dans la plus grande majorité des cas.

Le fait que nous pouvons aujourd'hui déceler par la R. W. les syphilis muettes est un gros progrès accompli en notre siècle par les travaux de Bordet, Jangou et de Wassermann.

La recherche de la R.B.-W. est extrêmement délicate. Elle n'est probante que si elle est exécutée par une personne connaissant toutes les causes d'erreurs

Pour Milian, ce procédé n'est pas suffisant seul, parce qu'il reste souvent au-dessous des renseignements qu'on demande de lui, à cause des altérations humorales qui sont au minimum chez les hérédosyphilitiques. Pour les mettre en évidence, Milian emploie non pas seulement la réaction initiale de Bordet-Wassermann, d'une sensibilité moyenne; mais encore celle de Hecht, au sérum frais, et celle de Desmoulières, qui emploie un antigène cholestériné. M. Milian recommande l'emploi des deux pro-

cédés, Wassermann et Desmoulières pour les contrôler l'un par l'autre. On a dit que la réaction de Desmoulières donne souvent des résultats positifs, là où il n'y a pas de syphilis. D'après l'expérience de M. Milian qui l'emploie depuis dix ans concurremment avec le Wassermann classique, cela n'est pas vrai. Par contre, M. Milian a trouvé la réaction de Desmoulières, parfois négative, alors que la syphilis était cliniquement certaine.

Edmond Fournier a réparti en deux groupes les principales malformations qui font partie du tableau usuel de l'hérédo-syphilis de seconde génération. Ces malformations ne sont pas différentes de celles qu'on trouve dans la syphilis de première génération.

A) Dystrophies d'ordre général

Parmi les dystrophies de ce groupe sont :

1° *Le faciès athrepsique*. — L'enfant qui le présente a un aspect malingre, chétif, atrophié, rabougri, débile au point de ne pouvoir presque plus ni téter ni crier. Son visage est ridé, ratatiné, offrant l'aspect d'une décrépitude lamentable, que Fournier a décrit sous le nom de « petit vieux syphilitique » ;

2° *L'infantilisme*. — Ce mot exprime soit le retard, soit l'arrêt plus ou moins complet de l'évolution de tout ou partie de l'individu. Ces enfants marchent tard, vers 2, 3 ou 4 ans et parlent tard. Ils restent petits, véritablement infantiles ; cet infantilisme général s'accompagne quelquefois d'infanti-

lisme partiel, infantilisme testiculaire, infantilisme de la verge, de l'utérus, des annexes;

3° *Le rachitisme*. — Parrot le premier, a dit que le rachitisme n'était « qu'un mode d'expression de la syphilis héréditaire vers la deuxième année de l'existence ». A ce moment, une réaction violente s'était produite contre la doctrine du professeur Parrot. Plus tard, des observations cliniques multiples sont venues démontrer que le rachitisme constituait une manifestation très fréquente de la syphilis héréditaire. Les observations publiées par Fournier et en 1916 par le professeur Kirmisson sur ce sujet sont très probantes.

Les manifestations morbides multiples que peut revêtir le rachitisme en relation avec l'hérédité syphilitique sont :

1° Malformation crânienne;

2° Retard dans l'ossification de la grande fontanelle ;

3° Déformation des membres par incurvation des os longs, genu valgum ; nodosités épiphysaires ;

4° Déformations thoraciques, aplatissements des arcs costaux, thorax en carène, chapelet costal.

5° Déformations rachidiennes, scoliose, cyphose ;

6° Déformations pelviennes ;

7° Malformations sternales : sternum défoncé ou thorax en entonnoir.

4° *L'obésité*. — Souvent, les enfants manifestement héredo-syphilitiques sont remarquables par une adiposité générale.

Dystrophies hérédo-syphilitiques partielles

Nous passerons ici en revue les principales malformations rencontrées chez les hérédo-syphilitiques, quelle qu'en soit la pathogénie, souvent impossible à préciser. Néanmoins, on peut dire qu'il s'agit le plus souvent d'une dystrophie, reliquat d'une lésion virulente, autrefois en activité. Elles sont de véritables stigmates d'hérédo-syphilis en général, et sont d'un grand intérêt dans la recherche de l'hérédité syphilitique.

I. — MALFORMATIONS OU STIGMATES CRANIENS

I. Elles affectent le plus souvent le front, où elles peuvent se présenter sous trois formes :

A) Front olympien, proéminent en masse et bombant en avant.

B) Front à bosselures latérales, présentant de chaque côté de la ligne médiane une bosselure qui n'est qu'une exagération de la base frontale normale.

C) Front en carène, présentant sur la ligne médiane une saillie qui quitte le trajet de la suture médio-frontale.

II. Sur les parties latérales et postéro-latérales du crâne, on observe des malformations, soit en bosselures latérales, soit en un élargissement transversal du crâne.

a) Crâne natiforme : Il est très rare, mais patho-

gnomonique, du fait qu'il n'a été signalé dans aucune autre maladie que l'hérédo-syphilis. Cette malformation a été décrite pour la première fois par Parrot. Ce crâne ressemble à deux fesses, séparées par le pli interfessier.

III. Une malformation, aussi rare, qui se produit sur la région occipitale c'est la bosse occipitale.

On rencontre chez les hérédo-syphilitiques d'autres malformations.

1° Asymétrie crânienne ;

2° Microcéphalie ;

3° Hydrocéphalie.

Trousseau, Roger, Parrot, etc..., avaient signalé l'hydrocéphalie chez des enfants hérédo-syphilitiques, mais ils n'avaient pas soupçonné la relation pathogénique qui existe entre ces deux facteurs. En 1880 Fournier, dans son livre *Syphilis et Mariage*, a affirmé sa croyance à l'origine syphilitique de certaines hydrocéphalies. Depuis lors, plusieurs travaux ont paru sur ce sujet confirmant cette relation pathogénique ; parmi eux, le plus important est celui d'Edmond Fournier en 1898, qui a pu recueillir les observations de 170 cas d'hydrocéphalie chez des hérédo-syphilitiques. Aujourd'hui on considère l'hydrocéphalie comme un stigmate quasi-certain de la syphilis héréditaire.

Stigmates faciaux

1° *Nez.* — Les malformations du nez des enfants hérédo-syphilitiques sont : soit un aplatissement de la base du nez, soit le nez en selle.

2° *Lèvres.* — Le bec-de-lièvre, simple ou compliqué de fissures palatines, c'est une malformation rare, mais pathognomonique quand elle se trouve avec d'autres stigmates hérédo-syphilitiques.

3° *Dents.* — Les dystrophies des dents de seconde dentition sont très importantes au point de vue du diagnostic. Souvent les dystrophies dentaires sont multiples et symétriques. Ces dystrophies dentaires sont le résultat d'un trouble nutritif qui, ayant surpris la dent au cours de son développement, l'a altérée, si bien qu'une dent ainsi lésée sort dystrophiée de son alvéole. Or, les érosions dentaires que nous voyons à un moment donné ne sont autre chose que le stigmate d'une lésion ancienne survenue au cours de la vie alvéolaire de la dent.

L'influence du tréponème sur le système dentaire des hérédo-syphilitiques se traduit par des modalités extrêmement variées, dont les plus importantes sont :

1° SUR LES INCISIVES SUPÉRIEURES

La dent dite d'Hutchinson, qui est essentiellement constituée :

a) par une échancrure semi-lunaire occupant le

bord libre de la dent ; échancrure demi-circulaire, régulièrement arciforme, à convexité tournée vers le collet de la dent;

b) La dent est élargie au niveau de son collet et rétrécie au niveau de son bord libre;

c) Les incisives supérieures, au lieu d'avoir leurs axes verticaux parallèles, sont légèrement inclinées en dedans de façon que leurs axes convergent l'un vers l'autre.

La dent dit d'Hutchinson se rencontre exclusivement sur les incisives médianes supérieures de seconde dentition.

2° SUR LES CANINES

Atrophie de l'extrémité libre.

3° SUR LA PREMIÈRE GROSSE-MOLAIRE

L'érosion de cette dent constituait pour Fournier un stigmat certain de l'hérédo-spécificité, du fait qu'il ne l'avait rencontrée que chez des hérédo-syphilitiques certains, et que cette première grosse molaire commençant à se développer au sixième mois de la vie foetale, sa dystrophie comportait une signification précise, à savoir que, à cette époque, le fœtus avait été malade. Or quelle est la maladie, disait Fournier, qui plus fréquemment que la syphilis affecte le fœtus à cet âge ?

Cette dystrophie consiste en un état atrophique, une quasi destruction du sommet de la dent. Les deux

tiers inférieurs du corps de la dent sont normaux, mais son segment supérieur est atrophié, rongé, presque détruit, et séparé du segment inférieur par une sorte de rigole circulaire. On dirait qu'il s'agit d'une petite dent mal faite, irrégulière, émergeant d'une dent plus grande et régulière. Cet aspect se modifie plus tard (après l'enfance) sous l'influence de la trituration. Le Dr Sabouraud a décrit comme stigmate hérédo-syphilitique certain la présence d'une cinquième cuspide connue déjà des dentistes sous le nom de tubercule de Carabelli, que Sabouraud a dénommé éminence mamellaire de la face interne des premières molaires supérieures. Ce stigmate, dit Sabouraud, est très important parce qu'il existe souvent à l'état isolé.

Infantilisme dentaire

Il se traduit soit sous forme de microdentisme, soit sous forme de persistance des dents de lait.

L'écartement des incisives médianes supérieures était pour Gaucher un stigmate certain d'hérédosyphilis.

Enfin, les érosions multiples et systématisées des dents sont un stigmate certain d'hérédosyphilis.

Stigmates oculaires

Les stigmates oculaires sont les plus importants de tous les stigmates de l'hérédosyphilis. Ce sont :

a) Les kératites interstitielles, les névrites, les chorio-rétinites, etc... La kératite interstitielle est la plus fréquente de toutes les manifestations oculaires de la syphilis héréditaire. Tous ces stigmates sont des signes presque certains de la syphilis héréditaire. Le strabisme convergent et la myopie grave sont aussi des stigmates d'hérédo-syphilis.

Oreilles

a) Les écoulements prolongés chroniques, évoluant presque sans douleur, sont des manifestations fréquentes chez les enfants hérédo-syphilitiques.

En examinant les oreilles des enfants qui ont eu ces écoulements, on constate très souvent :

Soit des cicatrices du tympan ;

Soit des perforations persistantes du tympan ;

Soit une destruction plus ou moins totale de la chaîne des osselets.

Comme conséquence fonctionnelle de ces malformations, il se manifeste de la surdité à des degrés divers. Cette surdité consécutive à des altérations apparentes de l'appareil auditif est bien différente de la surdité foudroyante qui se produit sans lésion appréciable. Enfin, chez les hérédo-syphilitiques, on signale souvent différentes malformations du pavillon de l'oreille.

Dystrophies des membres

1° La luxation congénitale de la hanche. Cette malformation est, d'après Fournier et Kirmisson, dans l'immense majorité des cas d'origine hérédosyphilitique incontestable ;

2° Le tibia en lame de sabre. Tous les auteurs acceptent aujourd'hui cette malformation comme un stigmate certain d'hérédosyphilis, car elle est observée seulement sur des sujets incontestablement hérédosyphilitiques ;

3° Le pied bot ;

4° L'hypertrophie des membres. Elle peut affecter le membre entier ou seulement un segment, et nous avons dans ce cas le nanisme partiel. D'autres fois, elle frappe tout le squelette et donne en pareil cas le nanisme général.

5° L'élongation des membres. Elle peut être partielle ou généralisée et nous avons dans le premier cas le gigantisme partiel et dans le second le gigantisme vrai ;

6° La polydactylie ;

7° La syndactylie.

Affections articulaires

Des affections articulaires sont extrêmement fréquentes chez les hérédosyphilitiques en général.

D'après les statistiques de Fournier, 39 0/0 des

hérédo-syphilitiques en sont atteints. Merlier, Stein et Cofield, dans leurs récents travaux, élèvent cette proportion à 56 0/0. Ces manifestations revêtent plusieurs formes.

1° *Hydarthroses*, surtout des genoux. Merlier a rencontré l'hydarthrose souvent (chez les hérédosyphilitiques) associée aux lésions qui forment la triade d'Hutchinson et il a proposé de la faire entrer dans le cadre classique de cette triade qui deviendrait ainsi une tétrade;

2° *Ostéo-arthrite*; 3° *Pseudo-tumeur blanche syphilitique*. — Cette lésion affecte avec une préférence marquée les genoux et ensuite deux autres articulations : la tibio-tarsienne et l'humérocubitale ;

4° *Rhumatisme déformant*. — Chez les hérédosyphilitiques, il atteint surtout les grandes articulations (genoux, coudes, épaules) et débute dans le jeune âge, tandis que le rhumatisme chronique déformant débute toujours tardivement. Enfin le rhumatisme chronique déformant est presque toujours héréditaire, grâce à cette particularité, le diagnostic différentiel est assez facile entre le rhumatisme chronique déformant hérédosyphilitique et le rhumatisme chronique déformant non syphilitique.

Dystrophies génitales chez l'homme et chez la femme

Chez l'homme et chez la femme, on peut rencontrer un certain nombre de dystrophies comme mani-

festations possibles de l'hérédo-syphilis qui sont :

Chez l'homme :

1° A la verge :

- a) Epispadias ;
- b) Hypospadias ;
- c) Adhérences glando-préputiales ;
- d) Petitesse de la verge.

2° Aux bourses :

- a) Scrotum bifide ;
- b) Scrotum adhérent à la verge.

3° Aux testicules :

- a) Cryptorchidie simple ou double.

Chez la femme :

1° Malformations vulvaires :

- a) Soudure des grandes et des petites lèvres ;

2° Malformations vaginales.

- a) Cloisonnement du vagin ;
- b) Cloisonnement du col et du corps utérin.

3° Utérus infantile.

D'après Hutinel et Barthelémy, les différents stigmates que nous venons d'énumérer, lorsqu'ils ne sont pas dus à l'action directe du tréponème, sont produits par des troubles fonctionnels de glandes endocrines au cours de la vie intra-utérine.

Les plus anciens auteurs pensaient qu'il s'agissait de lésions toxiques, c'est-à-dire produites par des toxines du tréponème et non par lui-même. A l'appui de leur théorie, Hutinel et Barthelémy ont présenté des arguments biologiques anatomiques et cliniques.

Arguments biologiques

Depuis que l'on sait chercher le tréponème, on le trouve presque dans toutes les glandes à sécrétion interne des hérédosyphilitiques. En pratiquant la R. W. chez tous les sujets atteints de dystrophies infantiles, on la trouve très souvent positive, et quand elle est négative, elle devient souvent positive après réactivation.

Arguments anatomiques

Toutes les glandes à sécrétion interne sont lésées dans les cas d'hérédosyphilis. On a constaté très souvent que le plus touché est toujours la glande thyroïde. Celle-ci présente des lésions de tous ordres.

a) *Des lésions macroscopiques.* — La glande est augmentée de volume, elle est modifiée dans sa consistance, souvent elle est dure partiellement ou totalement. La forme de la glande est aussi modifiée, elle est seulement bosselée. De plus, on trouve souvent des congestions, des hémorragies, ou même des germes syphilitiques.

b) *Microscopiques.* — Ce sont des lésions vasculaires. Ces lésions aboutissent à une sclérose, puis le parenchyme lui-même dégénère.

Arguments cliniques

Les dystrophies infantiles se voient presque toujours chez les hérédosyphilitiques.

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DE SECONDE GÉNÉRATION

Le traitement de la syphilis héréditaire de seconde génération doit être le même que celui de la syphilis acquise. C'est-à-dire qu'il doit tendre à la stérilisation du malade. Tout hérédo-syphilitique de seconde génération qui présente un ou plusieurs stigmates de l'hérédo-syphilitique ou une R. W. avec le Desmoulières positive, doit être traité ainsi que celui qui est en apparence sain et a une R. W. négative. S'il est né de parents hérédo-syphilitiques qui ont une R. W. positive ou comptent plusieurs fausses couches préalables ou enfants morts en bas-âge dans leurs ménages. Quand il s'agit de syphilis dystrophique indirecte, dans laquelle les malformations surviennent par suite de l'altération primitive syphilitique d'un organe (corps thyroïde, hypophyse, etc...) autrement dit de syphilis des glandes endocrines, il convient d'associer le traitement spécifique à l'opothérapie, qui remédiera à l'insuffisance glandulaire.

En ce qui concerne le traitement spécifique, nous disposons aujourd'hui de toute une série de prépara-

tions nouvelles dont chaque médecin doit connaître les indications et la posologie suivant le cas.

Le traitement de la syphilis héréditaire de seconde génération doit être double, traitement curatif et prophylactique, comme celui de première génération. Chaque mère hérédo-syphilitique de première génération, qui n'est pas traitée, ou qui malgré son traitement a eu des fausses couches préalables, ou des enfants morts, ou des enfants vivants mais portant des dystrophies hérédo-syphilitiques, doit se laisser traiter au cours de chaque nouvelle grossesse.

Traitement prophylactique

Au début de l'application du traitement arsenical, pendant la grossesse quelques accoucheurs estimaient que cette médication était dangereuse et susceptible de provoquer l'avortement, ou des métrorragies, de l'albuminurie, etc... Aujourd'hui nous savons que la médication arsenicale est inoffensive chez les femmes enceintes et que les accidents qui avaient été observés par certains accoucheurs n'étaient que des coïncidences. On n'a qu'à consulter les deux statistiques suivantes, pour se rendre compte des bienfaits de la médication arsenicale dans la lutte contre la mortalité infantile due à la syphilis héréditaire.

Traitement	Décès	Enfants vivants	
			Ensemble des statistiques Pi- nard-Champe- tier, Boissard et Potoki.
Mercuriel et ioduré.	82,9 0/0	17,6 0/0	
Arsenical.....	13,14 0/0	86,6 0/0	Statistiques de Jeanselme.
Arsenical.....	6,70 0/0	93,30 0/0	Statistique de Sauvage.

Devant de pareils résultats thérapeutiques, personne ne peut plus nier aujourd'hui, au moins loyalement, la supériorité écrasante de l'arsenic sur le mercure.

Pour obtenir un enfant à terme ou presque à terme, sain en apparence, et sans manifestation de syphilis héréditaire précoce ou tardive, il faut traiter la femme pendant sa grossesse au moins par deux séries de néosalvarsan, qu'il s'agisse de syphilis en évolution ou de syphilis latente héréditaire. La même règle de conduite doit être suivie lorsqu'une femme enceinte paraît indemne et que son mari est hérédo-syphilitique, même s'il a été traité et n'a pas eu d'accidents depuis longtemps, même si sa réaction du sang est négative, s'il y a des fausses couches préalables ou des enfants morts en bas âge dans le ménage. Lorsque les mères sont traitées pendant leur grossesse, conformément à ces indications, on obtient des résultats excellents, comme le montrent les statistiques du dispensaire anti-syphilitique de la clinique Baudelocque, pour

l'année 1921, publiées par le professeur Couvelaire, en mars 1922.

Première catégorie. — Vingt et une femmes traitées avant et pendant la gestation : 21 enfants vivants.

Deuxième catégorie. — Vingt-neuf femmes traitées pendant la gestation mais dont certaines n'ont reçu que deux séries 914 : 27 enfants vivants, 2 morts.

Troisième catégorie. — Seize femmes qui ont reçu une seule série complète de 914 pendant la gestation : 9 enfants vivants, 7 morts.

Quatrième catégorie. — Cinquante-trois femmes avec une syphilis latente (acquise ou héréditaire) non traitées ni avant ni pendant la gestation : 33 enfants morts, 20 vivants, sans compter que de ces 20 enfants vivants la plupart sont morts peu après leur naissance.

Le 25 février 1919, M. le professeur Couvelaire et M. le Dr Marcel Pinard, organisèrent à la Clinique Baudelocque un dispensaire pour le diagnostic et le traitement des maladies héréditaires. Ce dispensaire est ouvert aux femmes gravides, aux mères nourrices et aux nourrissons, ouvert même aux pères et aux enfants.

M. Pinard recommande pendant la grossesse un traitement arsenical intensif, deux séries de néosalvarsan de 9 à 10 injections chacune. Il commence par 0,15 de 914 et augmente cette dose de semaine en semaine de 0,15, jusqu'à arriver à la dose indis-

pensable, c'est-à-dire 0,015 par kilo, cette dernière dose, dite idéale, est répétée trois ou quatre fois.

Bien entendu, il n'utilise une dose supérieure qu'autant que la dose précédente a été bien supportée. Les injections se font à jeun et on recommande le repos absolu après l'injection. Le jour du traitement l'alimentation est exclusivement liquide et privée de substances acides. De plus on surveille la température pendant quarante-huit heures.

En cas de céphalée, dans les heures qui suivent l'injection ou de nausées, de congestion de la face, etc. On donne la veille, le jour et le lendemain de l'injection suivante, trois fois dix gouttes de la solution d'adrénaline au millième (Milian) ; une légère albuminurie n'est pas une contre-indication à l'emploi des arsenicaux, mais sa présence commande une grande prudence dans la progression des doses.

En pareil cas, on commencera par 0,10 en augmentant de 0,10 à chaque nouvelle injection jusqu'à la dose maxima qui ne doit pas dépasser 0,30 à 0,45.

Traitement curatif

Nous avons déjà dit que le traitement d'un hérédosyphilitique de seconde génération doit être celui d'un syphilitique, c'est-à-dire doit tendre à stériliser le malade. Pour obtenir la stérilisation du malade, il faut observer certaines règles qui sont les suivantes :

- 1° Administrer des doses massives et suffisantes ;
- 2° Varier les médications ;
- 3° Changer les voies d'introduction du médicament.

1° Administrer des doses suffisantes et massives, parce que l'expérimentation a démontré que seulement une dose qui sature l'organisme peut obtenir la destruction des tréponèmes qui l'envahissent. Cette dose a été fixée par Ehrlich à 1 centigramme et demi de 914, à 1 centigramme de 606 par kilo d'individu. Les intervalles entre les cures, comme entre les injections d'une cure, doivent être réduits au minimum, c'est-à-dire avant la fin de l'élimination du médicament, pour ne pas permettre au parasite de repulluler (Milian) ;

2° Varier les médications parce qu'il y a des tréponèmes qui résistent vis-à-vis d'une médication déterminée, et qui ne résistent que vis-à-vis de cette médication, ou d'un groupe de médications voisines. Une médication différente peut d'un seul coup détruire cette résistance et faire disparaître le tréponème (Milian). Les tréponèmes résistants à l'arsenic par exemple sont très sensibles aux autres médicaments antisyphilitiques et on peut les détruire avec des doses au-dessous de la dose idéale des autres médicaments. D'après Ehrlich, la résistance du tréponème vis-à-vis d'une médication peut être naturelle (par hérédité) ou acquise. La résistance acquise est le résultat des petites doses répétées comme Ehrlich l'a bien démontré expérimentalement ;

3° Changer les voies d'introduction des médicaments, parce qu'il est très important d'agir directement sur les différents systèmes et organes. Par la voie buccale, par exemple, les médicaments anti-syphilitiques agissent directement sur le tube digestif et le foie, et donnent de meilleurs résultats thérapeutiques (Milian).

Conduite du traitement

Voici la cure qui doit être instituée chez un hérédo-syphilitique de 3.800 grammes.

1° Une série d'injections sous-cutanées de sulfarsénol aux doses suivantes administrées : les quatre premières tous les trois jours, et les six dernières tous les cinq jours.

0,005, 0,01, 0,02, 0,03, 0,04, 0,05, 0,06, 0,06, 0,06, 0,06, la dose idéale de 0,06 chez cet enfant de 3.800 grammes est répétée ainsi quatre fois.

2° Une série de 7 à 10 frictions mercurielles

Onguent napolitain	} <i>àà</i> 2 gr.
Axonge benzoinée	
pour une cartouche n° 10.	

Faire tous les deux jours une friction de dix minutes avec le contenu d'une de ces cartouches ;

3° Une série d'injections de novarsenobenzol intra-veineuses identique à celle de sulfarsénol ;

4° Une série de 15 injections intra-musculaires de quiniobismuth à la dose de 0,50 à 1 centimètre cube suivant l'âge tous les trois ou quatre jours ;

5° Une série d'injections de sulfarsénol ou de 914, identique à la précédente ;

6° Pendant quinze jours le lactate de mercure. La dose quotidienne est répartie en trois prises, qui sont données mélangées au lait du biberon.

De 0 à 3 mois, XII gouttes par kilo

De 3 mois à 3 ans, X gouttes par kilo

7° Une série d'injections de 914 ou de sulfarsénol identique aux précédentes.

8° Une série de 10 piqûres intra-musculaires de benzoate de mercure.

Benzoate de mercure	0,05
NaCl.....	0,08
Eau	10 cc.

Faire tous les deux jours une injection intra-musculaire de 1 centimètre cube de cette solution.

Au cours de ce traitement il faut faire un examen de sang après chaque série d'une part, pour se renseigner sur l'efficacité de la médication, d'autre part, pour voir à quel médicament le tréponème cède le mieux.

Mais on continuera le traitement si on veut obtenir non seulement la disparition des accidents mais la stérilisation de la maladie.

Après ce traitement on doit surveiller les enfants pendant un an en pratiquant chaque trois mois un examen de sang. Au bout d'un an, si tous les examens de sang sont négatifs, on fera la réactivation, c'est-à-dire qu'après une injection intraveineuse

traitement. Etant donné que le tréponème atteint déjà pendant la gestation les glandes endocrines (Hutinel), il ne faut pas hésiter à instituer, à côté du traitement spécifique, un traitement opothérapique. Voici, très schématiquement, d'après M. Apert, ce qu'on peut attendre des opothérapies simples et des opothérapies combinées.

« La thyroïde active l'évolution osseuse et l'évolution génitale simultanément.

La surrénale active le développement sexuel et les caractères sexuels secondaires ;

L'hypophyse produit l'activation de l'accroissement en hauteur de la taille avec l'arrêt du développement sexuel et de la tendance à la soudure des cartillages d'accroissement.

En principe, l'opothérapie thyroïdienne trouve son emploi dans les arrêts et retard du développement génital (taille, dentition, marche, intelligence) et sexuel (infantilisme simple).

L'opothérapie surrénale sera indiquée dans les états languissants avec affaiblissement, apathie, et allongement exagéré de la taille.

L'opothérapie hypophysaire trouve des indications chez les sujets trapus, obèses, hirsutes, chez qui la puberté apparaît de façon trop précoce. »

On commencera le traitement par petites doses quotidiennes, au début trois jours et plus tard cinq jours par semaine, avec repos d'une semaine sur quatre : on continuera suivant les résultats, pendant plusieurs mois ou des années, avec périodes

traitement. Etant donné que le tréponème atteint déjà pendant la gestation les glandes endocrines (Hutinel), il ne faut pas hésiter à instituer, à côté du traitement spécifique, un traitement opothérapique. Voici, très schématiquement, d'après M. Apert, ce qu'on peut attendre des opothérapies simples et des opothérapies combinées.

« La thyroïde active l'évolution osseuse et l'évolution génitale simultanément.

La surrénale active le développement sexuel et les caractères sexuels secondaires ;

L'hypophyse produit l'activation de l'accroissement en hauteur de la taille avec l'arrêt du développement sexuel et de la tendance à la soudure des cartillages d'accroissement.

En principe, l'opothérapie thyroïdienne trouve son emploi dans les arrêts et retard du développement génital (taille, dentition, marche, intelligence) et sexuel (infantilisme simple).

L'opothérapie surrénale sera indiquée dans les états languissants avec affaiblissement, apathie, et allongement exagéré de la taille.

L'opothérapie hypophysaire trouve des indications chez les sujets trapus, obèses, hirsutes, chez qui la puberté apparaît de façon trop précoce. »

On commencera le traitement par petites doses quotidiennes, au début trois jours et plus tard cinq jours par semaine, avec repos d'une semaine sur quatre : on continuera suivant les résultats, pendant plusieurs mois ou des années, avec périodes

de repos de plusieurs semaines. L'enfant doit être surveillé, pendant la durée du traitement, au point de vue poids, pulsations, température, état du système nerveux. Le traitement thyroïdien donne incontestablement les meilleurs résultats, même dans les cas où la glande thyroïde ne semble ni seule, ni particulièrement atteinte.

Il est très important de commencer le traitement opothérapique le plus tôt possible chez les hérédosyphilitiques.

MM. Lacapère et Pierre Valléri-Radot distinguent trois périodes dans l'évolution des dystrophies hérédosyphilitiques sous l'influence de l'association du traitement spécifique de l'opothérapie.

1^o Une période précoce où le traitement spécifique suffit à guérir les accidents et les guérit définitivement ;

2^o Une période intermédiaire où on obtient plus que des succès incomplets beaucoup plus lents et à condition d'adjoindre au traitement spécifique le traitement opothérapique ;

3^o Une période tardive où le traitement spécifique est sans effet et où la médication opothérapique agit pendant le temps où elle est administrée, mais sans pouvoir guérir définitivement les accidents. Enfin on doit employer tous les médicaments qui jouent un rôle important sur l'état général des malades (arsenic, fer, chaux, magnésie).

TRAITEMENT CURATIF

(D'APRÈS M. PINARD MARCEL)

Au dispensaire de M. Pinard à Baudelocque, on fait pour chaque enfant hérédo-syphilitique deux à quatre séries arsenicales ou plus, en multipliant les contrôles cliniques, sérologiques et en utilisant la réactivation. De plus, on surveille les enfants ainsi traités pendant longtemps. Chaque série se compose de 8 à 10 piqûres de sulfarsénol. Les premières piqûres sont faites tous les trois à quatre jours, et les dernières tous les cinq à sept jours. Le sulfarsénol que M. Pinard emploie est un sel sodique du monométhylsulfonate de la base du 606. Il a l'aspect du 914 et se dissout très rapidement dans très peu d'eau distillée (1 cc. pour 6 cgr.).

Pour dissoudre une dose 0,01 sulfarsénol il suffit de 1/4 de centimètre cube d'eau distillée stérilisée.

Les piqûres se font sous-cutanées sous la peau du ventre de préférence dans la région située entre l'ombilic, l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis.

Posologie

Les trois premières piqûres seront faites à doses très faibles et lentement progressives. Les dernières

piqûres atteindront la dose de 1 cgr. 1/2 par kilogramme. On pourra se guider sur le tableau suivant :

Piqûres		Doses	Poids
—		—	—
1	tous les 3 jours	0.005	3.800
2	—	0.01	3.800
3	—	0.02	3.880
4	—	0.03	3.880
5	6	0.04	3.960
6	—	0.05	3.960
7	—	0.06	4.000
8	—	0.06	4.000
9	—	0.06	4.040
10	—	0.06	4.040

Les enfants du dispensaire Pinard à Baudelocque ont été traités suivant ces directives surtout par le sulfarsénol depuis 1919, jusqu'à aujourd'hui, avec des résultats excellents. Les manifestations syphilitiques disparaissent très rapidement chez tous les enfants traités. De plus, M. Pinard n'a pas eu, pendant ce temps, aucun accident à déplorer. On est à l'abri de tout accident, dit cet auteur, quand on commence le traitement par de petites doses progressives et rapprochées. De cette façon on arrive à habituer l'organisme ce qui permet d'atteindre rapidement les doses maxima plusieurs fois répétées. A ce moment, elles sont très bien tolérées par les nourrissons. Après la première série on interrompt le traitement pendant trois semaines et on commence tout de suite la deuxième série. Il est d'une grande importance de ne pas espacer les séries plus de vingt et un jours. En effet, on a remarqué que,

quand on interrompt le traitement pendant un ou deux mois, les enfants maigrissent ou présentent de la diarrhée. Dans ce cas, il faut recommencer immédiatement le traitement. La deuxième série sera faite de la même façon que la précédente, en tenant compte de l'augmentation de poids de l'enfant. Si les enfants contractent au cours du traitement une maladie quelconque (diarrhée, bronchite, etc.), on doit suspendre momentanément le traitement à condition de le reprendre dès la fin de la maladie.

M. Pinard pratique un examen de sang du malade après chaque série de sulfarsénol. Après le premier résultat négatif il fait encore deux séries supplémentaires. Enfin si plusieurs examens sérologiques sont négatifs il cesse le traitement pendant un an, surveillant toujours le malade et en pratiquant chaque deux ou trois mois un examen de sang. Si, pendant ce temps tous les examens cliniques et sérologiques ont été négatifs, il fait une réactivation et un examen du liquide céphalo-rachidien. Quand les résultats de ces derniers examens sont négatifs, il considère le malade guéri. Dans le cas où les différentes séro-réactions (R. W. Hecht-Desmoulières) sont dès le début négatives, M. Pinard soumet ces enfants qu'ils soient porteurs d'accidents, en évolution, de signes de syphilis héréditaire ou même en apparence sains, mais nés de parents ayant une syphilis en évolution (héréditaire) au même traitement variant d'un an et demi à deux ans.

Tolérance du traitement

Les piqûres sous-cutanées de sulfarsénol sont très bien supportées par les nourrissons. Localement on observe quelquefois une légère infiltration des tissus mais qui disparaît rapidement. Au contraire avec le glucarsénobenzol on a observé des réactions locales intenses et même quelquefois des abcès. En général le traitement arsenical est très bien supporté par les nourrissons. Les seules réactions qu'on a pu constater sont des vomissements et une légère élévation de la température. Ces réactions surviennent toujours au début du traitement. Tous ces incidents sont sans gravité et le traitement peut continuer, en général. Au dispensaire de Baudelocque on a pu toujours continuer le traitement sans aucun inconvénient. M. Pinard a observé dans son service deux cas légers de dermatite, post-arsenicale depuis 1919 jusqu'à aujourd'hui.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF

(D'APRÈS M. TIXIER)

M. Tixier emploie aussi deux séries de huit à dix injections chacune, comme traitement prophylactique pendant la grossesse. Il fait la première série, pendant le deuxième et le troisième mois, et la seconde pendant le cinquième et le sixième mois de la grossesse. Il commence par 0,10 ou 0,15 de novarsenobenzol en augmentant à chaque injection hebdomadaire la dose du médicament de 0,10 à 0,15 et arrive à la dose maxima de 0,45, 0,50, 0,60 suivant le poids et la tolérance sans dépasser cette dose jusqu'à la fin du traitement.

En ce qui concerne le traitement curatif, Tixier donne sa préférence aux arsenicaux, qui ont chez les nourrissons comme chez l'adulte une supériorité incontestable sur le mercure. Comme voie d'introduction du médicament préfère la voie intraveineuse qui a une action rapide, comme il a vérifié à différentes reprises. Les injections peuvent se faire dans la jugulaire externe (Blehmman) dans les veines épicrotidiennes ou dans le sinus longitudinal supérieur. Mais en réalité, les injections dans la jugulaire

externe sont souvent très difficiles à pratiquer (surtout chez les nourrissons de un à deux ans) même par les plus expérimentés. Dans ces cas M. Tixier introduit la médication arsenicale dans la circulation veineuse des enfants hérédosyphilitiques du premier âge par le sinus longitudinal supérieur. L'injection sera faite dans l'angle postérieur de la fontanelle (qui est exceptionnellement obturée avant la fin de la première année) d'après les directives suivantes. On se servira d'une aiguille courte, l'aiguille sera enfoncée exactement sur la ligne médiane, d'avant en arrière, dès que l'aiguille a pénétré dans le sinus le sang afflue dans la seringue ; une fois l'injection faite, l'aiguille est retirée d'un coup sec, une compression de quelques secondes s'oppose à l'issue du sang, un fragment de coton et du collodion assurent au surplus l'hémostase. A condition d'être prudent en rasant la face postérieure de l'os en n'enfonçant pas trop profondément l'aiguille, en se maintenant bien sur la ligne médiane, on ne risque pas de perforer le sinus), M. Tixier recommande particulièrement cette technique comme simple, toujours réalisable et la considère une intervention presque aussi simple qu'une injection intra musculaire.

Tixier préfère parmi les préparations arsenicales le 914 et le sulfarsénol, et donne les doses adoptées par la majorité des pédiâtres :

Première injection.....	0,010	par kilo
Deuxième injection.....	0,015	—
Injectons suivantes.....	0,020	—

sans jamais dépasser cette dernière dose 0 gr. 020 par kilo. Chaque dose, qu'elle soit faible ou forte, sera diluée dans 2 centimètres cubes d'eau distillée stérilisée. Une série se compose de six injections hebdomadaires, chaque série est séparée de la précédente par un repos d'un mois. Le nombre des séries variera suivant le cas. Les accidents locaux sont réduits au minimum avec une bonne technique et n'ont aucune gravité. Les accidents généraux sont aussi exceptionnels. Le jour et le lendemain de l'injection on observe quelquefois des troubles gastriques et une élévation de la température. Tixier a vu des enfants succomber rapidement après une injection d'une dose inférieure à un centigramme par kilo. Nobécourt, Cassoute et Feissonière ont observé des cas semblables. En pareil cas, dit l'auteur, il est bien difficile d'incriminer seule la médication, étant donné que nous savons combien sont intenses et diffuses les lésions viscérales de l'hérédosyphilitique et combien sont aussi fréquentes, rapides et graves les infections banales chez les nourrissons hérédosyphilitiques. En tous cas on doit savoir que les médications arsenicales intraveineuses ne sont pas toujours inoffensives, chez les jeunes hérédosyphilitiques.

D'après Tixier, le mercure doit jouer un rôle important dans le traitement de la syphilis héréditaire, et conseille d'employer alternativement pendant les deux premières années du traitement, l'arsenic et le mercure.

Les frictions mercurielles, dit Tixier, sont une excellente médication dans la thérapeutique des nourrissons. Il donne la préférence à la formule suivante :

Onguent napolitain { parties égales, 2 gr.
Axonge benzoinée

D. S. pour une cartouche n° 10.

faire chaque jour ou tous les deux jours suivant l'intensité des lésions une friction de dix minutes avec le contenu d'une de ces cartouches. Les troubles gastro-intestinaux chroniques et l'état de cachexie des enfants ne sont pas une contre-indication à l'emploi de la médication. Il ne faut pas dépasser les 7 à 8 frictions chez des enfants débiles. Chaque série se compose de 10 frictions, après chaque série on donne un repos de dix jours, on continue ainsi pendant des semaines. Ensuite, on peut espacer davantage les séries. Pour le traitement des enfants hérédosyphilitiques en général on peut employer encore en dehors de la pommade mercurielle les sels solubles du mercure sous la forme des piqûres intraveineuses (cyanure de mercure) et intra-musculaire (benzoate de mercure et biiodure de mercure).

Le cyanure de mercure donne d'excellents résultats pour les lésions syphilitiques oculaires (Tixier). On emploie la solution suivante dont la formule est donnée par Lacapère :

Cyanure de mercure.....	0 gr. 05
Eau distillée stérilisée.....	50 cc.

faire une injection intraveineuse de 1 centimètre cube chaque jour, par séries de 15 injections.

Le benzoate de mercure et le biiodure sont employés pour les piqûres intramusculaires, sous les formules suivantes :

1 ^o Benzoate de mercure.....	o gr. o5
NaCl.....	o gr. o8
Eau distillée.....	10 cc.
2 ^o Biiodure de mercure.....	o gr. o6
Iodure de potassium.....	o gr. o8
Eau distillée.....	10 cc.

chacune de ces solutions contient 5 milligrammes par centimètre cube dont on injecte de 2 à 4 milligrammes jusqu'à un an et de 4 à 6 milligrammes entre un an et deux ans.

Faire des séries de 8 à 12 piqûres quotidiennes ou un jour sur deux.

Les sels insolubles, huile grise et calomel du mercure ne sont pas recommandés par Tixier pour le traitement spécifique des nourrissons.

Enfin M. Tixier emploie aussi le bismuth qui lui a donné de bons résultats et l'opothérapie.

CONCLUSION

1° L'existence de l'hérédo-syphilis de seconde génération est indiscutable ;

2° Au point de vue clinique, il y a identité entre l'hérédo-syphilis de seconde génération et l'hérédo-syphilis de première génération ;

3° Les dystrophies de l'hérédo-syphilis de seconde génération sont de réelles manifestations syphilitiques, avec présence de tréponème, au moins, à un moment donné.

4° Le virus syphilitique étant souvent endormi à la première génération, se réveille à la seconde, et devient toxique ;

5° Contrairement à ce qui a été dit, il y a une hérédo-syphilis héréditaire paternelle de seconde génération ;

6° La contamination de la mère (saine) des hérédo-syphilitiques de seconde génération par le sperme est possible, donnant lieu à une syphilis conceptionnelle d'origine hérédo-syphilitique. Dans ce cas, la mère reste saine en apparence, et seule la séro-réaction de Wassermann peut révéler l'infection ;

7° L'hérédo-syphilis de seconde génération n'est pas aussi rare qu'on le croit, mais il est très diffi-

cile de recueillir des observations probantes, pour plusieurs raisons ;

8° L'hérédo-syphilis de seconde génération en nature doit être très rare (exceptionnelle) à partir des premiers mois de la vie extra-utérine ;

9° La réaction de Wassermann n'est pas toujours positive chez les hérédo-syphilitiques de seconde génération, quelquefois, même malgré la présence de lésions graves tréponémiques (hémiplegie) ;

10° Le traitement de l'hérédo-syphilis de seconde génération est celui de l'hérédo-syphilis de la première génération, c'est-à-dire celui de syphilis acquise et se base sur les mêmes principes, tendant à la stérilisation de l'organisme ;

11° Pour qu'on obtienne cette stérilisation de l'organisation par les arsenicaux, il faut atteindre la dose idéale, qui est 15 milligrammes (Ehrlich) par kilo du poids de l'enfant (de 914 et surfarsénol), et la répéter au moins trois ou quatre fois ;

12° Il faut changer les médications pour éviter l'arséno-résistance, la mercure-résistance ;

13° Les intervalles entre chaque injection d'une cure, doivent être réduits au minimum, c'est-à-dire avant la fin de l'élimination du médicament, pour ne pas permettre au parasite de repulluler (d'après Milian, 5 jours) ;

14° Les diverses cures seront administrées successivement sans intervalle de repos en elles (Milian) ;

15° Les médications arsenicales, seront toujours

intercalées entre une cure mercurielle et une cure busmuthique, de façon à combattre les effets nocifs de ces deux corps (Milian).

16° Un examen du sang sera pratiqué après chaque série de manière à contrôler à la fois, l'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement.

17° Après le premier résultat sérologique négatif, il faut faire encore au moins une ou deux séries supplémentaires (séries de sécurité) ;

18° Il ne faut pas se contenter de la réaction de Wassermann seule, il faut employer aussi les réactions de Hecht et de Desmoulières, qui sont plus sensibles (Milian).

19° Si après une observation d'un an, sans aucun traitement, tous les examens cliniques et sérologiques restent négatifs, il faut faire une réactivation, et terminer par un examen du liquide céphalo-rachidien.

20° Si tous les moyens d'investigation actuellement connus (contrôle clinique, sérologique, et céphalo-rachidien) restent muets, nous avons des raisons de supposer la stérilisation du malade, c'est-à-dire la *guérison* ;

21° A côté du traitement spécifique, il faut instituer un traitement opothérapique ;

22° Toute femme hérédo-syphilitique avec une R. W. positive ayant eu des fausses couches répétées sans cause apparente ou enfants morts en bas âge, doit être traitée préventivement pendant la grossesse ;

23° Le traitement préventif n'est pas suffisant seul pour obtenir la stérilisation du malade (Pinard).

24° Les enfants hérédosyphilitiques de première ou de seconde génération, dont les mères ont été traitées durant la grossesse doivent poursuivre leur traitement dès la naissance ;

25° Le traitement sera continué pendant un an et demi, au moins par les arsenicaux et les autres médications antisypilitiques alternativement ;

26° L'hérédosyphilis de seconde génération, non soignée, est aussi grave que l'hérédosyphilis primaire.



BIBLIOGRAPHIE

- Barthélemy*. — L'hérédité syphilitique (Comptes rendus du XII^e Congrès international de Moscou, 1897, section VIII, p. 391).
- Fournier (Edmond)*. — Stigmates dystrophiques de l'héredo-syphilis. Paris, 1898, Rueff.
- Tarnonwsky (Prof.)*, *Finger (Prof.)*, *Julien (Dr)*. — (Comptes rendus du XIII^e Congrès international de Paris, 1900 (Section de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 318-322-303-330).
- Jacquet*. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 1909.
- Gaucher (Prof.)*. — L'héredo-syphilis de deuxième génération (Annales des maladies vénériennes de février 1908).
- Fournier (Edmond)*. — L'héredo-syphilis de deuxième génération. Paris, 1905. Rueff.
- Fournier*. — Syphilis et mariage, 1880.
- Fournier (Edmond)*. — Thèse sur l'origine de l'hydrocéphalie, 1898.
- Merlier*. — Les arthropathies héredo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson. Thèse de Paris, 1913.
- Cofield*. — Affections articulaires et héredo-syphilis (The urologie and cutaneous. Review, juillet 1915).
- Stein (Dr)*. — Affections articulaires et héredo-syphilis (Médical Record, septembre 1915).
- Gaucher (Prof.)*. — Ostéites et tumeurs blanches (Annales des maladies vénériennes, novembre 1918).
- Colles*. — Pratical observations on the venereal Disease and in the use of Mercury. London, 1837.
- Gaucher (Prof.)*. — L'héredo-syphilis paternelle (Annales des maladies vénériennes, janvier 1916).
- Pinard*. — Présence du tréponème dans le sperme (Paris Médical, mars 1921).
- Riocreux*. — Syphilis héréditaire paternelle. Thèse Paris, 1888.
- Diday*. — Théorie de la syphilis héréditaire (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1887).

- Journier.* — Syphilis par conception (Semaine médicale, n° 1889).
- Baumes.* — La loi Colles-Baumès (Bulletin médical, n° 8, 1889).
- Mulzer.* — Des Vererbungs problem der syphilis im lichte moderner Forchung (Archiv für dermat. und syphilogr., 1912, t. CXIII, p. 769).
- Boisseau et Prat.* — Syphilis héréditaire dystrophique osseuse et oculaire de deuxième génération. R. W. positive (Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1911, p. 331).
- Bergerath.* — D'après compte rendu des Annales de dermatologie de 1912, p. 125.
- Sonnenberg.* — Dermatologische Centralblatt, 1912, n° 9, p. 259.
- S. de Aja.* — Actas dermasifiligras (Analyse dans les Annales de dermatologie de 1914, p. 106).
- Milian et Salle.* — Un cas hérédo-syphilis de deuxième génération (Bulletin de dermatologie et de syphiligraphie de mars 1921).
- Jeanselme (Prof.).* — Un cas hérédo-syphilis de deuxième génération (Bulletin de dermatologie de mars 1921).
- Simon (Cl.).* — Un cas hérédo-syphilis de deuxième génération (Bulletin de dermatologie de mars 1921).
- Barthélemy.* — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Thèse Paris, 1919.
- Kirmisson (Prof.).* — Rachitisme (Annales des maladies vénériennes, févr. 1916).
- Barthélemy.* — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Thèse de Paris, 1919.
- Hérédo-syphilis des glandes endocrines (Bulletin médical du 27 septembre 1916).
- Hutinel.* — Glandes endocrines et dystrophies osseuses (Arch. Méd. enfants, 1918).
- Hutinel et Stevenin.* — Syphilis héréditaire et dystrophies (Archives de Médecine des enfants, février 1920).
- Dufour (Dr).* — Etiologie du rhumatisme chronique déformant (Annales des maladies vénériennes, septembre 1915).
- Pinard (Marcel).* — Traitement de la femme syphilitique en état de gestation, et du nouveau-né (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 février 1921).
- Milian.* — L'adrénaline antagoniste du salvarsan (Bulletin soc. franc. dermat. et syphil. 1912, p. 436).
- Les principes du traitement du syphilis (Journal médical français de mars 1923).
- Pinard (Marcel).* — Traitement du nouveau-né hérédo-syphilitique (La Médecine, novembre 1921).

- Traitement de la syphilis du nourrisson (Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 23 juin 1921, n° 8).
- Girand (Dr)*. — Stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson hérédosyphilitiques. Thèse de Paris, 1923.
- Milian (F.)*. — La réactivation (Bulletin de la société de Dermatologie et de Syphiligraphie, juillet 1911).
- Appert*. — L'opothérapie en thérapeutique infantile (Presse médicale de mai 1920).
- MM. Lacapère et Vallery-Radot (Pierre)*. — Traitement de la syphilis héréditaire. Paris, 1922.
- Tixier*. — Le traitement de la syphilis héréditaire (Journal médical français de mars 1923).
- Blechmann*. — La technique des injections par les veines jugulaires et épicrotiennes chez les nourrissons et ses applications au traitement de la syphilis héréditaire par le néosalvarsan (Paris médical, 1913-1914 L. XIII, p. 205).
- Tixier*. — Traitement de l'hérédosyphilis par des injections arsenicales dans le sinus longitudinal supérieur (Journal médical français de mars 1923).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6386 bis-24



A. MALOINE & FILS, Éditeurs
27, Rue de l'École-de-Médecine, 27 — PARIS

R. C. Seine 28.491

GARNIER & DELAMARE

DICTIONNAIRE DES TERMES TECHNIQUES DE MÉDECINE

In-18, 1923, broché.. .. 16 fr.
Cartonné.. .. 20 fr.

LEGUEU & PAPIN

PRÉCIS D'UROLOGIE

In-8, 1921, 479 figures.. .. 50 fr.

H. MALLÉ

Les Infections Paratyphoïdes et Goertneriennes

In-8, 1923 8 fr.

COSTE

DU SYMPTÔME A LA MALADIE

In-8, 1923, 5^e édition, 14 figures.. .. 12 fr.